

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE NUTRICIÓN

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

**COMPARACIÓN DEL ESTILO DE VIDA,
HÁBITOS ALIMENTICIOS Y PATOLOGÍAS
EN ADULTOS MAYORES QUE RESIDEN
EN ZONA RURAL Y URBANA DURANTE
EL AÑO 2020**

DIANA MORA GARCÍA

ENERO, 2020

TABLA DE CONTENIDO

INDICE DE CONTENIDO.....	2
INDICE DE TABLAS	4
INDICE DE FIGURAS.....	5
DEDICATORIAS	6
AGRADECIMIENTO	6
RESUMEN.....	7
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.1.1 <i>Antecedentes del problema</i>	12
1.1.2 <i>Delimitación del problema</i>	20
1.1.3 <i>Justificación</i>	20
1.2 PREGUNTA DE LA INVESTIGACION	21
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	22
1.3.1 <i>Objetivo general</i>	22
1.3.2 <i>Objetivos específicos</i>	22
1.3.3 <i>Objetivos de comparación</i>	23
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	23
1.4.1 <i>Alcances de la investigación</i>	23
1.4.2 <i>Limitaciones de la investigación</i>	23
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	25
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	26
2.1.1 <i>Características sociodemográficas</i>	26
2.1.2 <i>Adulto mayor y envejecimiento</i>	27
2.1.3 <i>Estilo de vida del adulto mayor</i>	28
2.1.4 <i>Hábitos alimentarios</i>	30
2.1.5 <i>Patologías en el adulto mayor</i>	32
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	37
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	38
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO	38
3.3.1 <i>Población</i>	38
3.3.2 <i>Muestra</i>	39
3.3.3 <i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	40
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	41
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:	41
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41
3.7 PLAN PILOTO	46
3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	46
3.9 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS	46
3.10 ANALISIS DE DATOS	46
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	47
4.1 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	48
4.1.1 <i>Perfil sociodemográfico</i>	48
4.1.2 <i>Datos clínicos de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana</i>	53

4.1.3 <i>Estilo de vida de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana</i>	59
4.1.4 <i>Hábitos alimenticios de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana</i>	61
4.1.5 <i>Frecuencia de consumo de alimentos</i>	67
4.2 ANÁLISIS BIVARIADO	78
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	84
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	85
5.1.1 <i>Perfil sociodemográfico de los adultos mayores de la zona rural y urbana</i>	85
5.1.2 <i>Principales patologías que presentan los adultos mayores de la zona rural y urbana</i>	88
5.1.3 <i>Estilo de vida los adultos mayores de la zona rural y urbana</i>	89
5.1.4 <i>Hábitos alimentarios de los adultos mayores de la zona rural y urbana</i>	90
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	102
6.1 CONCLUSIONES.....	103
6.2 RECOMENDACIONES	105
BIBLIOGRAFIA	107
ANEXOS	112
ANEXO N°1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	112
ANEXO N° 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	118
ANEXO N° 3. DECLARACIÓN JURADA	121
ANEXO N° 4. CARTA APROBACIÓN DEL TUTOR.....	122
ANEXO N° 5. CARTA APROBACIÓN DEL LECTOR	123
ANEXO N° 6. CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN.....	124

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Criterios de inclusión y exclusión	40
Tabla N° 2. Operacionalización de las variables	41
Tabla N° 3. Características sociodemográficas de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020	48
Tabla N° 4. Características socioeconómicas de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020	50
Tabla N° 5. Lugar de adquisición de alimentos de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020	52
Tabla N° 6. Tiempo de padecimiento de las enfermedades en las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020.....	54
Tabla N° 7. Medicamentos para Diabetes Mellitus utilizados por las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020.....	55
Tabla N° 8. Medicamentos para la dislipidemia utilizados por las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020.....	56
Tabla N° 9. Medicamentos para la hipertensión arterial utilizados por las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020.....	56
Tabla N° 10. Medicamentos para enfermedades cardiovasculares utilizados por las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020.....	57
Tabla N°11. Asistencia a consulta médica y nutricional de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020.....	58
Tabla N° 12. Estilos de vida de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020	59
Tabla N° 13. Actividad física de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020	60
Tabla N° 14. Hábitos alimentarios de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020.....	61
Tabla N°15. Tipos de cocción de las carnes utilizado por las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020	63
Tabla N° 16. Condición de la dentadura de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020	64
Tabla N° 17. Frecuencia de consumo de lácteos y derivados de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020.....	67
Tabla N° 18. Frecuencia de consumo de frutas y vegetales de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020.....	69
Tabla N° 19. Frecuencia de consumo de carnes y subproductos de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020.....	71
Tabla N°20. Frecuencia de consumo de abarrotes de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020	73
Tabla N°21. Frecuencia de consumo de otros alimentos de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020.....	74
Tabla N° 22. Frecuencia de consumo de bebidas en las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020	76
Tabla N° 23. Comparación de enfermedades crónicas de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020	78
Tabla N° 24. Comparación de estilos de vida de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020	79
Tabla N° 25. Comparación de hábitos alimentarios de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020	80
Tabla N°26. Comparación del padecimiento de hipertensión arterial, estilos de vida y hábitos alimentarios de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020.....	81
Tabla N° 27. Comparación del padecimiento de enfermedades cardiovasculares, estilos de vida y hábitos alimentarios de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020.....	82

INDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Patologías presentes en las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020.....	53
Figura 2. Necesidad de ayuda para alimentarse de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020	65
Figura N° 3. Persona encargada de preparar los alimentos de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020.....	66

Dedicatorias

Dedico todo el esfuerzo realizado en esta investigación a Dios por nunca dejarme sola, por acompañarme en cada instante que escribía y pensaba, en donde me faltaban ideas él me inspiraba, en los momentos en que me equivocaba y en cada segundo donde yo creía no poder más él me alentaba continuar.

A mi madre por confiar y creer en mí siempre y a mi padre que está en el cielo que jamás dudo de mí, ni de mis sueños.

Agradecimiento

A Dios por ayudarme, iluminarme, no dejarme caer en momentos en que ya el cansancio me agobiaba.

A mi jefe el director de enfermería del Hospital Calderón Guardia, MSc. Fibier Olmos Venegas, sin él no hubiera podido terminar la carrera.

A mi madre y hermanos por ayudarme y tenerme paciencia durante todos estos años.

A mis mejores amigos que me dejo la universidad sin ellos no hubiera podido seguir adelante, me motivaban a cada momento.

A mi tutora Vanessa Maroto por toda la paciencia y haberme ayudado tanto durante esta investigación.

Resumen

Introducción: El adulto mayor es vulnerable debido a causas como un deficiente estilo de vida en edades tempranas, los hábitos alimentarios y características sociodemográficas como estudio, trabajo, vivienda, sexo, entre otros, que hacen que el adulto mayor este propenso a desarrollar enfermedades que pueden ser evitadas con alimentación adecuada y un estilo de vida óptimo, así mismo enfermedades como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y dislipidemias van en aumento a nivel mundial. **Objetivo General:** Relacionar el estilo de vida, los hábitos alimenticios y patologías en adultos mayores que residen zona urbana y rural durante el 2020. **Metodología:** Los sujetos de investigación son adultos mayores de más de 65 años de la zona rural y urbana para un total de 123 investigados. La recolección de los datos que se realizó fue de tipo transversal y correlacional. La población se evaluó mediante un cuestionario digital, el cual incluía información sobre perfil sociodemográfico, hábitos alimentarios y estilos de vida para determinar la relación de estos con patologías. **Resultados:** En la zona urbana y rural predomina la población entre 65 a 69 años, la minoría de la población en zona rural tiene más de 80 años, existe mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular, dislipidemia, hipertensión arterial y la diabetes mellitus en la zona rural, en cuanto a los hábitos alimentarios en la zona urbana hay un mayor consumo de alimentos altos en fibra, menos procesados, con menor contenido de grasa y de azúcares, un mayor consumo de agua en la zona rural. En los tiempos de comida en ambas zonas predomina la realización de desayuno y cena, según el estilo de vida ambas poblaciones realizan muy poca actividad física y se observa un bajo consumo de cigarrillos y alcohol. **Discusión:** En ocasiones los estilos de vida de una zona urbana son más estresantes y de amplias jornadas de trabajo, el desgaste físico del tipo de trabajo tiene repercusiones en quienes laboran en zona rural. Por

otro lado, existen estilos de vida como el consumo de alcohol, fumado y tipo de alimentación, principales factores de riesgo que inciden más en el adulto mayor de zona urbana, además de la baja actividad física, fumado y alteraciones en el sueño, esto podría estar relacionado a que los habitantes de la zona rural presentan una menor incidencia en el padecimiento de enfermedades crónicas, las zonas rurales van a presentar mayor padecimiento cardiovascular asociado con factores educativos, culturales, económicos y alimentarios, la falta de una adecuada educación alimentaria resultaría como un factor de riesgo en el aumento de la hipertensión arterial y eventos cerebrovasculares. **Conclusiones:** La hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares son relativamente superiores en la zona rural. Por otro lado, la diabetes mellitus y la dislipidemia no presentan una diferencia entre ambas zonas, la falta de una adecuada educación alimentaria podría ser un factor de riesgo en el aumento de las mismas, así como ciertos hábitos alimentarios como un consumo de alimentos altos en grasa, azúcar, alimentos procesados y bajos en fibra que se presenta en menor medida en la zona urbana y estilos de vida como la realización de actividad física, consumo de alcohol y cigarrillos que en ambas zonas es bajo.

Palabras claves: perfil sociodemográfico, estilos de vida, hábitos alimentarios, patologías.

Abstract

Introduction: Older adults are vulnerable due to causes such as poor early lifestyle, eating habits and sociodemographic characteristics such as study, work, housing, sex, among others that make the older adult prone to develop diseases that can be avoided with adequate diet and an optimal lifestyle, as well as diseases such as diabetes mellitus, high blood pressure, cardiovascular disease and dyslipidemias are on the rise globally. **General Objective:** To relate lifestyle, eating habits and pathologies in older adults residing in urban and rural areas during 2020. **Methodology:** Research subjects are adults over the age of 65 in rural and urban areas for a total of 123 researched. The collection of the data that was performed was cross-cutting and correlal. The population was evaluated through a digital questionnaire, which included information on sociodemographic profile, eating habits and lifestyles to determine their relationship with pathologies. **Results:** In the urban and rural area predominates the population between 65 to 69 years, the minority of the population in rural areas is over 80 years old, there is a higher prevalence of cardiovascular disease, dyslipidemia, high blood pressure and diabetes mellitus in the rural area, in terms of eating habits in the urban area there is a higher consumption of high-fiber foods, less processed, with lower fat and sugar content, higher water consumption in rural areas. In mealtimes in both areas, breakfast and dinner predominate, depending on the lifestyle both populations perform very little physical activity and low consumption of cigarettes and alcohol is observed. **Discussion:** Sometimes the lifestyles of an urban area are more stressful and of long working hours, the physical wear and tear of the type of work has an impact on those who work in rural areas. On the other hand, there are lifestyles such as alcohol consumption, smoking and type of feeding, main risk factors that have a greater impact on the older adult in urban area, in addition to low physical activity,

smoking and sleep disturbances, this could be related to the lower incidence of chronic diseases , rural areas will have increased cardiovascular condition associated with educational, cultural, economic and food factors, the lack of adequate food education would result as a risk factor in increasing high blood pressure and cerebrovascular events. **Conclusions:** High blood pressure and cardiovascular disease are relatively higher in rural areas. On the other hand, diabetes mellitus and dyslipidemia do not have a difference between the two areas, the lack of adequate food education could be a risk factor in increasing them, as well as certain eating habits such as high-fat, sugar, processed and low-fiber foods that occurs to a lesser extent in urban areas and lifestyles such as physical activity, alcohol and cigarette consumption which in both areas is low.

Keywords: sociodemographic profile, lifestyles, eating habits, pathologies

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes del problema

De acuerdo con reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2015, se han realizado varios estudios en siete países de ingresos altos teniendo como resultado que más de la mitad de todos los adultos mayores estudiados presentan multimorbilidad, además según otros estudios llevados a cabo en China y España mostraron resultados similares, ya que más de la mitad de los adultos mayores chinos de 70 años y entre la mitad y dos tercios de la población española mayor de 65 años presentaban dos o más enfermedades crónicas no transmisibles (Organización Mundial de la Salud, 2015).

De igual manera la OMS manifiesta que las principales causas de muerte en los ancianos son las cardiopatías, el accidente cerebrovascular (ICTUS) y las neumopatías crónicas. En cuanto a las causas de discapacidad, son fundamentalmente el deterioro sensorial (principalmente en países de ingresos bajos y medios bajos), el dolor de cuello y espalda, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (sobre todo en países de ingresos bajos y medios), los trastornos depresivos, las caídas, la diabetes, la demencia y la artrosis (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Según publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2020, con relación a las causas de muerte entre sexos muestra que en las adultas mayores de 60 a 69 años, las muertes por diabetes mellitus (12.8%) supera a las muertes por enfermedades isquémicas del corazón (10.2%), ocupando el primer lugar, otras causas como la hipertensión, las demencias y las caídas se muestran como la principal causa de defunción entre las mujeres, en tanto, las proporciones de muertes por neoplasias, las enfermedades crónicas de las vías

respiratorias inferiores, la cirrosis y otras enfermedades hepáticas, son más altas entre los hombres (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

En el 2018 se realizó un estudio en América Latina acerca de los factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor (AM), entre los principales se evidenciaron los malos hábitos alimenticios, sobrepeso y desnutrición los cuales fueron más que todo debido al estrés, ansiedad y el sedentarismo, provocando un desequilibrio nutricional en este grupo de edad, otro de los factores es que los AM no tienen un adecuado acceso al consumo de alimentos, aspecto que puede considerarse como un elemento de deterioro de su estado de salud (Castillo, Guerra, Carbonell, & Ghisays, 2018).

En ese mismo estudio otro de los resultados pudo interpretar que según los hábitos alimenticios de los adultos mayores la mayoría consume tres o más comidas al día, sin embargo el 8.2%, solo consume 1 o 2 comidas, lo que implica un riesgo de déficit en el consumo de calorías y nutrientes y el bajo consumo de proteínas, especialmente las proteínas de alto valor biológico, representa otro factor de riesgo, además los adultos mayores que viven con sus familiares tienen una prevalencia de desnutrición del 10%, debido a que tienen más posibilidades económicas y un rango de edad entre 60 a 75 años (Castillo et al, 2018).

En el 2017, un estudio realizado en Santiago de Chile relacionado a la alimentación del adulto mayor según lugar de residencia identificó que en los adultos mayores no institucionalizados el desayuno era uno de los principales tiempos de comidas realizado por más del 90%. También se presenta una gran ingesta de bebidas, especialmente en el sexo masculino, además se identificó una alta proporción (más de 80%) de consumo diario de cereales, frutas, grasas, leche

y sus derivados. En caso contrario se observó una baja ingesta diaria (menos de 5%) de leguminosas, carnes, pescado y huevo (Pantoja, 2017).

De acuerdo con Pantoja (2017), otra característica de la alimentación de estas personas, es el tipo de alimento que se consume a diario. En Chile, el estudio de González et al, identifica el alto consumo de pan en la ingesta diaria de alimentos, otra investigación realizada con adultos mayores españoles de más de 80 años, que realizaban una dieta mediterránea, identificó una alta proporción (más de 80%) de consumo diario de cereales, frutas, leche y derivados y grasas y por el contrario, presentan una baja ingesta diaria (menos de 5%) de leguminosas, carnes, pescado y huevo.

Otro estudio en Chile realizado en el 2019 acerca de los determinantes de la satisfacción con la alimentación en los adultos mayores de ese país evidenció que el 37,2% de los adultos mayores presentan un estado nutricional normal, mientras que los de bajo peso, con sobrepeso y obesos representan el 21,6%, 28,6% y 12,6%, respectivamente, y determinando que los adultos mayores que viven en parejas tienen 2,8 veces mayor posibilidad de tener una alta satisfacción con la alimentación que los solteros, así mismo, las mujeres tienen 2,3 veces más posibilidad de tener alto puntaje de satisfacción con la alimentación que los hombres (Albuquerque, Álvarez, & Palomo, 2019).

Por otra parte, otro de los resultados mostró que la mayor frecuencia de consumo ubicada en la categoría “diariamente” es el desayuno con un 57,7%, y el almuerzo con un 66,1%, en cuanto al grupo de alimentos más consumido es el cereal y pastas, con un 96,9%, seguido de la carne (95,6%); verduras y tubérculos y fruta (94,5%); leche, queso y huevos (93,5%); y

aceites (91,2%), los gastos en restaurantes (47,1%) y el consumo de cerveza (39,6%) registran menores frecuencias de consumo (Albuquerque et al, 2019).

Un estudio realizado en Chile sobre hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, mostró que el 65% y 32% de los AM realizaban 3 y 4 tiempos de comida respectivamente. En promedio, consumían 5 porciones de frutas y verduras (60%) y una porción de lácteos el (87%), legumbres (95%), pescados (90%). El 46% consumía de 6 a 8 vasos de agua al día. El 80% usaba sal extra y el 42% no consumía grasas saturadas. El 100% realizaba algún tipo de actividad física y el 96% presentó en estilo de vida bueno y muy bueno (Barrón, Rodríguez, & Chavarría, 2017).

Un estudio realizado en México sobre el estilo de vida de ancianos que viven con diabetes y caracterización de diagnósticos de enfermería, identificó en diez de los ancianos un estilo de vida muy saludable, lo que significa que consumen verduras y frutas todos los días de la semana, además ingieren menos de tres tortillas y menos de un pan al día, nunca agregan sal extra a los alimentos o azúcar a las bebidas, hacen colaciones, no consumen alimentos fuera de casa y cuando terminan de comer no piden que les sirvan más, 23 presentan un estilo de vida saludable, son aquellos quienes algunas veces dejan de cumplir los estándares del estilo de vida muy saludable y dos con estilo de vida poco saludable, en el que pocas veces cumplen el estilo de vida muy saludable (Maldonado, Arana, Cárdenas, & Solano, 2019).

Así mismo en el estudio anterior el diagnóstico de estilo de vida sedentario se manifestó en 31 ancianos, a pesar de que todos participaban en un programa que incluye actividad física, haciendo por lo menos 15 minutos de ejercicio aeróbico, de respiración y estiramiento, de una a dos veces por semana, diez personas sólo se ejercitan cuando participaban en este programa

y seis casi nunca lo hacen, debido a fracturas previas e historial de caídas. Por otra parte, seis ancianos que viven con diabetes se mantenían ocupados fuera de las actividades habituales sólo algunas veces y cinco casi nunca. En el tiempo libre 15 ancianos realizaban trabajos en casa y 16 ejecutaban actividades sentados como tejer o ver la televisión (Maldodano et al, 2019).

Un estudio sobre el estilo de vida del adulto mayor con hipertensión arterial y su adherencia al tratamiento, realizado en México, demostró que el estilo de vida que predominó fue saludable y muy saludable ya que la mayoría de la población padecía enfermedades como diabetes mellitus e hipertensión arterial, por lo que cuidaban su salud y alimentación, pero dejan atrás el ejercicio lo cual es un factor importante y su nivel económico les permite llevar un estilo de vida saludable. Se demostró que los adultos mayores jubilados mantienen adecuadas relaciones interpersonales y ocupan su tiempo en actividades familiares, personales y sociales, no realizan actividad física por factores como edad y enfermedad e inseguridad para salir a pesar de contar con disponibilidad de tiempo (Colorado, Ortiz, Reyes, Espinoza, & Ibargüen, 2019).

En Perú un estudio sobre estilos de vida: alimentación, actividad física, descanso y sueño de los adultos mayores atendidos en establecimientos del primer nivel, demostró que este grupo de adultos mayores presentan estilos de vida saludable en alimentación, en descanso y en sueño; y no saludable en actividad física. Los comportamientos saludables en relación a la alimentación están: número de comidas al día, comer alimentos bajos en grasas, uso de aceite vegetal, alimentos bajos en azúcar, con poca sal y no beber bebidas industrializadas. Los alimentos menos consumidos a la semana fueron: lácteos, carnes y frutas (Ventura & Zevallos, 2017).

En cuanto a los estilos de actividad física en este mismo estudio muestra que los AM tienen un perfil no saludable; destacando que no practican ejercicio físico semanal y la participación en actividades recreativas es escasa. Los adultos mayores presentaron estilos saludables de descanso y sueño; destacando que cuidan la cantidad de horas para dormir, sin necesidad de consumir medicamentos ni infusiones para dormir; se concentran en pensamientos agradables y además se encuentran satisfechos en las actividades que actualmente realizan (Ventura & Zevallos, 2017).

En el 2019 un estudio realizado en Colombia sobre el estado de salud de los adultos mayores de los centros vida, los cuales son centros a los que los AM acuden durante el día, mostró que un 14,9% de los adultos mayores presenta al menos una comorbilidad, entre las enfermedades que más se presentaron estaba la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las enfermedades pulmonares. Algunos estudios con población similar indican que las enfermedades más prevalentes son la hipertensión arterial, con el 56,7 %, el 55, 2 % y el 50 %; y la diabetes mellitus, con el 65 %, el 16,8 % y el 23,6 % (Salamanca R. E., 2019).

En dicho estudio existe una mayor presencia de mujeres adultas mayores con condiciones de riesgo social y de salud, lo que implica una mayor inseguridad por parte de este grupo de mujeres, como ser víctimas de violencia con relación a los hombres y la presencia de comorbilidades, como las fracturas de cadera y otras lesiones osteoarticulares por caídas. Sin embargo, el predominio de mujeres también puede estar relacionado con una menor exposición a ciertos factores de riesgo con relación a los hombres, un aumento de acciones de autocuidado y una participación más directa del hombre en el conflicto armado, en caso particular de la población colombiana (Salamanca R. E., 2019).

Un estudio realizado en Cuba en el 2019 acerca de la obesidad, resistencia a la insulina, anemia y azotemia del adulto mayor en la comunidad evidenció que la hipertensión arterial fue la enfermedad que más padece la población adulta mayor, seguida de la diabetes mellitus y la cardiopatía isquémica, estos antecedentes personales fueron independientes del sexo, así mismo la anemia afectó al 33.3%, la glicemia en ayunas afectó al 26.7%. Las mujeres representaron el 35.7% de los adultos hiperglicémicos en ayunas y las dislipidemias fueron predominantes (al menos numéricamente) en las mujeres (Miranda, 2018).

Otros resultados del estudio anterior en cuanto al estilo de vida los adultos mayores evidenció al tabaquismo como el hábito prevalente, sin que el sexo influyera en ello. El alcoholismo fue referido solamente por los hombres encuestados (Miranda, 2018).

De acuerdo con un estudio realizado en el 2017 en México sobre comorbilidad y síndromes geriátricos en ancianos con depresión se pudo mostrar que múltiples enfermedades crónicas aumentan su prevalencia con la edad, ejemplo de ellos es la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. La diabetes mellitus tiene una prevalencia del 9,4% en la población mexicana, de acuerdo con un estudio, teniendo más del 60% de los casos en personas mayores de 60 años. La hipertensión arterial tiene una prevalencia del 25,5% en la población total, que aumenta al 35% después de los 60 años y al 62% a partir de los 70 años (Moreno, Ramos, Luna, & Torres, 2017).

En un estudio realizado en Brasil en el 2016 sobre enfermedades reportadas en los adultos mayores en zona rural y urbana, se observó que la hipertensión arterial y los problemas de la columna estaban entre las enfermedades de mayor prevalencia con un 53,3% y 35,1% respectivamente. En relación con los problemas cardíacos, el porcentaje más alto en los adultos

mayores fue del área urbana (12,2 %) en comparación con los del área rural (8,6 %) (Tavares, Bolina, Diaz, & Dos Santos, 2016).

Además de acuerdo al estudio anterior se pudo evidenciar una mayor prevalencia de mala circulación y estreñimiento entre los entrevistados residentes en el área urbana, la mayor proporción de artritis en los adultos mayores en comparación con los rurales coincide con un estudio desarrollado en China, en el cual el 14,2 % los adultos mayores urbanos tuvieron artritis, mientras que en el área rural solo el 2,0 %, así como la osteoporosis que se dio en menor proporción en adultos mayores del área rural (Tavares et al, 2017).

Según datos del Ministerio de Salud en el 2018, en Costa Rica las principales causas de morbilidad en los adultos mayores de 65 años en cuanto a enfermedades crónicas no transmisibles eran los tumores, los cuales ocupan el cuarto lugar de incidencia, la hipertensión arterial está en el sexto lugar y la diabetes mellitus en el octavo (Ministerio de Salud, 2018).

En un estudio epidemiológico realizado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en el 2019 mostró que 2 de cada 10 adultos mayores son completamente saludables y los ocho restantes tienen alguna enfermedad crónica como hipertensión arterial, diabetes mellitus y cardiopatías, los estudios de vigilancia epidemiológica demuestran que 7 de cada 10 personas adultas mayores son hipertensas y que la población femenina es la más afectada con esta enfermedad (Caja Costarricense de Seguro Social, 2019).

De acuerdo la Universidad de Costa Rica en el 2019, en el primer informe del estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, los adultos mayores reportan tener de una a nueve enfermedades entre las que se presentaban la diabetes, niveles de colesterol alto y la hipertensión arterial. Además, datos preliminares del segundo informe, que se publicará de

manera oficial en el 2020, refleja que las enfermedades son las mismas con la única diferencia que actualmente existen más adultos mayores que las padecen (Universidad de Costa Rica, 2019).

1.1.2 Delimitación del problema

Para esta investigación, se utilizó una muestra de 123 personas adultas mayores diagnosticadas con enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y dislipidemia), tomando en cuenta su perfil sociodemográfico, estilo de vida y hábitos alimentarios, pertenecientes a la zona rural y a la zona urbana. La población está conformada por hombres y mujeres mayores de 65 años. Este estudio abarca el periodo de enero a agosto del 2020.

1.1.3 Justificación

Con la transición demográfica a nivel mundial ha aumentado la esperanza de vida al nacer, de esta manera el incremento de adultos mayores y la disminución de nacimientos provoca que aparezcan problemas para la salud pública con respecto a los servicios ofrecidos con el aumento de adultos mayores. La necesidad de conservar la calidad de vida de dicha población, en la cual las enfermedades crónicas aumentan, despierta el interés de investigadores y del personal de salud para identificar los factores que influyen directa o indirectamente en mejorar o conservar la calidad de vida de los adultos mayores (Segura, Machorro, Reyes, & Cruz, 2018).

Además, el estado nutricional de las personas mayores influye en la mortalidad de estos ya que aumenta el número de comorbilidades y sus complicaciones (Chavarro, Borda, Núñez, Cortés, & Sánchez, 2018), estas personas presentan una condición de mayor vulnerabilidad en

comparación con otros grupos de edad, lo cual demanda acciones inmediatas, dado que por condiciones fisiológicas, patologías frecuentes y situación socioeconómica el riesgo nutricional se ve aumentado.

La práctica de hábitos alimenticios inadecuados conduce a un mal estado nutricional; siendo este un factor de vulnerabilidad para esta población, todo esto se ve especialmente influenciado por la forma en que el anciano obtiene sus alimentos, los prepara y los consume (Gutiérrez & Alvarado, 2019), por lo que resulta importante el análisis de los hábitos alimentarios en esta población, ya que los mismos influyen en el estado nutricional y predisponen al individuo a padecer determinadas enfermedades que disminuyen su bienestar y su calidad de vida.

Entre las principales enfermedades crónicas que padecen los adultos mayores de acuerdo a varios estudios efectuados nivel mundial sobresalen la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, enfermedades respiratorias y neoplasias, por lo que cada vez se reconoce más que las enfermedades crónicas, incluidos los aspectos relativos a la prevención, el tratamiento y la atención, representan un tema importante para el ámbito de la salud pública y el ámbito clínico (Grady & Lucio, 2015) .

1.2 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

Una vez mencionados los antecedentes y la justificación del problema se presenta la pregunta ante el problema principal:

¿Cuál es la comparación entre el estilo de vida, los hábitos alimenticios y patologías en adultos mayores que residen zona urbana y en zona rural durante el 2020?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se mencionarán el objetivo general y los objetivos específicos.

1.3.1 Objetivo general

Comparar el estilo de vida, los hábitos alimenticios y patologías en adultos mayores que residen zona urbana y rural durante el 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir el perfil sociodemográfico de los adultos mayores que residen en zona rural y urbana mediante un cuestionario, para tener claro como es su acceso a la alimentación.
- Identificar las principales patologías que presentan los adultos mayores que residen en zona rural y urbana por medio de la aplicación de una encuesta.
- Determinar el estilo de vida de los adultos mayores que residen en zona rural y urbana por medio de la aplicación de una encuesta.
- Analizar los hábitos alimenticios de los adultos mayores que residen en zona rural y urbana por medio de una frecuencia de consumo y cuestionario.
- Comparar el estilo de vida, los hábitos alimentarios y las patologías que presentan los adultos mayores que residen en zona rural y urbana.

1.3.3. Objetivos de comparación

- Comparar el estilo de vida con patologías de los adultos mayores según zona de residencia.
- Comparar los hábitos alimentarios con patologías de los adultos mayores según zona de residencia.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

A continuación, se presentan los principales alcances de esta investigación, es decir, diversas situaciones observadas a la hora de recolectar la información. De igual manera, se detallan las principales limitaciones presentadas en el momento de desarrollar la investigación.

1.4.1. Alcances de la investigación

- Se actualiza los censos sociodemográficos de las zonas evaluadas.
- Se incorporan investigaciones nuevas sobre estilos de vida, patologías y hábitos alimentarios en adultos mayores.
- Se propone un instrumento de recolección de datos para futuras investigaciones.

1.4.2. Limitaciones de la investigación

Al realizar esta investigación, se presentaron algunos factores que afectaron el proceso y que pudieron interferir y afectar los resultados finales de la investigación:

- Para iniciar el plan piloto y posteriormente la recolección de datos se tuvo el impedimento por la pandemia debido al COVID-19, debido a esto no se aplicó el plan piloto, se realizó una encuesta vía digital la cual se envió a la población estudiada.

- Ante el impedimento de tener contacto directo con los adultos mayores se eliminó la variable estado nutricional y se cambio por estilos de vida y patologías en lugar de comorbilidades para facilitar la recolección de datos.

|

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

El presente capítulo tiene como finalidad conceptualizar toda la información requerida para entender el fenómeno de estudio y poder realizar la fundamentación de los resultados obtenidos. En él se puede encontrar el contexto histórico de la situación y el fundamento conceptual por estudiar.

2.1.1 Características sociodemográficas

El adulto mayor tiene la necesidad de acompañamiento y atención constante ya que se pueden sentir maltratados y abandonados emocional y socialmente lo que puede conducir a un aislamiento social y alterar su calidad de vida, de igual modo se refleja la carencia de afecto y de recursos para satisfacer sus necesidades básicas, como lo son: alimentos, la vivienda y la salud, servicios públicos y ambientes seguros. El apoyo familiar, la soledad, el abandono y la jubilación son las mayores fuentes de estrés, de ahí que la familia se constituye en el aspecto social más importante en la satisfacción de sus necesidades (Salamanca R. E., 2019).

Entre los factores que influyen en la manera de alimentarse en estas personas, se presenta una influencia directa de la familia, redes sociales y su situación económica. La familia es identificada como el principal acceso a estar en compañía, brindando su protección social y presentando un rol fundamental en la alimentación de las personas mayores, relacionado especialmente con la satisfacción de esta necesidad básica, al igual que su situación económica (Troncoso, Amaya, Acuña, Fabiola, & Yévenes, 2017).

Entre los años 2000 y 2050, la proporción de habitantes mayores de 60 años de edad se calcula que se duplicará (de 12 a 22 %) y, en términos numéricos, la cifra de ancianos ascenderá de

605 millones a 2000 millones durante este medio siglo. La disminución de la natalidad y el aumento en la esperanza de vida han modificado la pirámide poblacional y este cambio sociodemográfico es más activo y dinámico en países de bajos y medianos ingresos (Aquino, Orellana, & Misari, 2019).

2.1.2 Adulto mayor y envejecimiento

Según la OMS una persona de edad avanzada ronda los 60 a 74 años, entre los 75 a 90 años denominados viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 son llamados grandes viejos o grandes longevos. A todo adulto mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad (Organización Mundial de la Salud , 2020).

El envejecimiento de la población se define como el aumento de la proporción de personas de 60 años y más, es un fenómeno que afecta en forma global a la humanidad. El envejecimiento ocurre debido a la combinación de tres factores: la disminución de la mortalidad antes de los 60 años (aumento de la probabilidad de sobrevivir más de 60 años), disminución de la mortalidad de los 60 años en adelante (crecimiento de la esperanza de vida a los 60 años) y de las tasas de natalidad en el período en que ellos nacieron (Albala, 2019).

El envejecimiento causa sentimientos de angustia y pérdida, sentimientos que se expresan de manera negativa con el abandono de familiares, con la disminución de las tareas en el ámbito laboral, y la aparición de enfermedades que hacen que se disminuya la funcionalidad de adulto, en este sentido la persona que envejece experimenta sentimientos de desesperanza, muchas veces se siente inútil y una posible disminución de la autoestima. Todo ello impacta

negativamente en el estado nutricional, y coloca al adulto mayor en riesgo de anorexia, rechazo a los alimentos y desnutrición (Castañeda, Acuña, Herrera, Martínez, & Castillo, 2018).

2.1.3. Estilo de vida del adulto mayor

El estilo de vida son las actividades libres con un impacto significativo sobre el estado de salud y además que forman parte de un patrón diario (Maldonado et al, 2019).

Los estilos de vida se pueden modificar en el transcurso del ciclo vital, aun siendo persona adulta mayor, se puede cambiar comportamientos para disminuir los efectos de las enfermedades que padece o evitar enfermarse; todo ello contribuye a lograr bienestar personal y familiar (Ventura & Zevallos, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) cataloga un estilo de vida saludable como el resultado de varios hábitos que incluyen la alimentación, la actividad física, la prevención de la enfermedad, el trabajo, el medio ambiente, el descanso adecuado, la recreación y las relaciones sociales (Sandoval, 2018).

2.1.2.1 Actividad física

Para la Organización Mundial de la Salud la actividad física es todo movimiento corporal que exija gasto de energía, la misma hace referencia al ejercicio, pero también otras actividades que involucren movimiento del cuerpo, tales como juegos, tareas del trabajo, formas de transporte activas, tareas domésticas y actividades recreativas (Organización Mundial de la Salud , 2020).

La actividad física es cualquier esfuerzo que implique un gasto energético mayor al reposo. A diferencia del ejercicio, que se distingue por ser una actividad planificada, estructurada y repetitiva, con el objetivo principal de mejorar alguno de los componentes de la aptitud física (Pavía & Aguilar, 2020).

2.1.2.2 Consumo de alcohol

El alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central, que pertenece al grupo de sedantes junto con los barbitúricos y las benzodiazepinas. El alcohol etílico o etanol es la droga que se encuentra en las bebidas alcohólicas, aunque existen otros tipos de alcoholes como el metílico, que se utiliza principalmente en la industria. El alcohol etílico se obtiene de dos maneras: por fermentación de frutas, vegetales o granos, por ejemplo: vinos, cervezas y por destilación: medio artificial para aumentar la concentración del alcohol de una bebida como el coñac, ginebra, whisky y vodka (Adicciones y Problemas Psíquicos, 2020).

2.1.2.3 Consumo de tabaco

El tabaco es una planta que se cultiva por sus hojas, las cuales se secan y fermentan y luego se usan en varios productos, contiene nicotina, un ingrediente que puede conducir a la adicción, lo que explica por qué a muchas personas que consumen tabaco les resulta difícil dejar de consumirlo. También contiene muchas otras sustancias químicas potencialmente nocivas, y otras más se generan al quemarlo (National Institute on Drug Abuse , 2020).

2.1.2.4 Hábitos de sueño

Dormir es una actividad absolutamente necesaria, ya que durante la misma se llevan a cabo funciones fisiológicas imprescindibles para el equilibrio psíquico y físico de los individuos ya que restaura la homeostasis del sistema nervioso central y del resto de los tejidos, restablece almacenes de energía celular y consolida la memoria, se considera el insomnio como el trastorno del sueño más frecuente en la población anciana, se puede definir como la dificultad para conciliar el sueño y/o para mantenerlo o un despertar precoz acompañado de una sensación de sueño insuficiente o no reparador y que repercute sobre la vigilia diurna (Estrella & Torres, 2015).

La prevalencia y la intensidad de las alteraciones del sueño se incrementan con la edad. Hay distintos factores que influyen en los cambios experimentados en el sueño en los ancianos, así como en la prevalencia y presentación de los trastornos del sueño en este grupo poblacional. Estos factores pueden ser fisiológicos, médicos, psiquiátricos, farmacológicos y sociales, los trastornos del sueño propiamente dichos también van a ser responsables de los patrones de sueño que se encuentran habitualmente en los ancianos, y los más relevantes van a ser: insomnio, síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), trastornos del ritmo circadiano y trastornos del movimiento (López & Formiga, 2019).

2.1.4 Hábitos alimentarios

Un hábito alimentario es un conjunto de conductas adquiridas por un individuo por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. La alimentación

debe ser variada, equilibrada, con porte calórico ajustado a las necesidades de cada persona y adecuado aporte de agua, minerales y vitaminas (Manzano, 2019).

Los hábitos corresponden a respuestas que suponen en las personas la repetición de comportamientos o acciones en la vida diaria. Se trata de disposiciones originadas en acciones pasadas, activadas de manera automática por señales del entorno, pues se han repetido de forma reiterada y consistentemente en la actuación de los sujetos haciendo menos accesible el surgimiento de nuevas acciones en situaciones similares (Torres, Contreras, Lippi, Huaiquimilla, & Leal, 2019).

La evaluación de los hábitos alimentarios se puede realizar por medio de datos retrospectivos (recordatorio de 24 horas, cuestionario de frecuencia de consumo), o datos prospectivos de la ingesta (registro diario de alimentos). Cada método presenta finalidades, ventajas y dificultades diferentes. Los métodos que nos ayudan en la recolección de datos por medio de auto referencias presentan dificultades, pues resulta difícil recordar el contenido o el tamaño de la porción consumida. El elegir un método de recolección de datos dependerá del objetivo y el contexto de la población (Manzano, 2019).

Los métodos de evaluación dietéticas deben ser específicos y describir alimentos y cuantificar los nutrientes ingeridos. Estudios realizados por diferentes investigadores señalan que en muchos países se carece de información nutricional sistemática y muchas veces la información existente utiliza metodologías variables lo que dificulta su comparación (Zacarías, 2020).

Otra de las limitaciones encontradas es que algunas veces, se señala que el método de encuesta ha sido "modificado" sin precisar cuáles han sido las modificaciones incorporadas. Otras

publicaciones sobre ingesta de alimentos no informan el método usado, cómo se determinó la cantidad de alimentos, qué tablas de composición de alimentos se utilizaron, cómo se determinó el valor nutritivo de los alimentos preparados, las pérdidas por alimentos que no están en las tablas, en que época del año se realizó el estudio y, finalmente cómo y quién recolectó la información (Zacarías, 2020).

Uno de los métodos de valoración es la frecuencia de consumo, este método es útil para proveer información sobre los grupos de alimentos y alimentos típicos consumidos, además refleja el consumo habitual de los alimentos (Zacarías, 2020).

2.1.5. Patologías en el adulto mayor

Entre las enfermedades crónicas causantes de morbimortalidad sobre todo en pacientes adultos mayores se encuentran las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, los factores de riesgo más comunes son el consumo de tabaco, la exposición pasiva al humo de tabaco, una alimentación poco saludable, poca actividad física, la obesidad, el consumo nocivo de alcohol, entre otros (González & Cardentey, 2018).

Las principales causas de morbilidad en los mayores están relacionadas con las enfermedades cardiovasculares, siendo el sedentarismo y el estrés algunos de los factores de riesgo vinculados a ellas (Larriva, 2019).

2.1.5.1 Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica del envejecimiento. Su prevalencia aumenta con la edad, afectando al 12,2% de los adultos de 45-64 años y, 21,8% de los adultos de 65-74 años. En la mayoría de los adultos mayores diabéticos, la diabetes predominante es la de tipo 2 (96%) debido a una combinación del aumento de la resistencia a la insulina y la alteración de la secreción de insulina, autores concuerdan que la resistencia a la insulina asociada a la edad avanzada se debe a una combinación de adiposidad, sarcopenia (disminución de la masa muscular) e inactividad física (Papponetti, 2016).

La diabetes mellitus tipo 2 es una anormalidad metabólica en la cual hay un fallo en la utilización adecuada de la glucosa lo que desencadena en una hiperglicemia secundaria (Bermúdez, y otros, 2016).

Entre las complicaciones más frecuentes están las microvasculares que son lesiones oculares (retinopatía) que desembocan en la ceguera, lesiones renales (nefropatía) que acaban en insuficiencia renal y lesiones de los nervios que ocasionan impotencia y pie diabético (que a veces obliga a amputar como consecuencia de infecciones muy graves), las complicaciones macrovasculares son las enfermedades cardiovasculares, como los ataques cardíacos, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia circulatoria en los miembros inferiores (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La neuropatía diabética presenta un mayor riesgo si el adulto tiene predisposición a broncoaspiración, hipotensión arterial y retención urinaria, del mismo modo la deshidratación

es común, especialmente en pacientes diabéticos de edad avanzada (Castellanos, Sánchez, & Gómez, 2017).

Debido a que la diabetes afecta en mayor proporción a los demás órganos y sistemas por un descontrol glucémico, lo más recomendable es que los pacientes que padezcan la enfermedad modifiquen su estilo de vida, en relación a mejorar los hábitos alimentarios con la dieta, realizar ejercicio y un automonitoreo constante, posterior a ello de acuerdo a los resultados reflejados, el médico decidirá si es conveniente implementar un esquema farmacológico para complementar el tratamiento (Tenorio, Cruz, Monroy, & Castro, 2019).

2.1.5.2 Dislipidemias

La dislipidemia se define como cualquier variación en las concentraciones normales de los lípidos séricos, por alteración en el metabolismo de las lipoproteínas, y aumento de los niveles de colesterol y triglicéridos. Se trata de un conjunto de patologías producidas por alteraciones nutricionales y genéticas del metabolismo de los lípidos, los cuales, en valores referenciales, ayudan al funcionamiento de los diversos órganos (Encalada, Arias, Yupa, Paute, & Wong, 2019).

Podemos encontrar las dislipidemias primarias, las cuales son de origen genético y las secundarias en las que predominan los factores ambientales u otros trastornos o enfermedades. En el diagnóstico etiológico de las dislipidemias el objetivo es identificar si el origen es primario o secundario, considerando siempre que en la mayoría de ellas la alteración de los lípidos es una interacción de factores genéticos con ambientales (Candás, y otros, 2019).

Las dislipidemias se clasifican teniendo en cuenta su fenotipo lipídico o su causa. De esta manera, se pueden identificar 3 grandes grupos según el fenotipo lipídico: hipercolesterolemias (exceso de la concentración plasmática de colesterol [CT]), hipertrigliceridemias (exceso de la concentración plasmática de triglicéridos [TG]), o dislipidemias mixtas (exceso de CT y TG). Las que se manifiestan tan solo con un aumento de la concentración de CT plasmático reciben el nombre de hipercolesterolemias puras (Ruiz, Letamendi, & Calderón, 2020).

En cuanto a los rangos para cada clasificación podemos encontrar: a) Hipertriacilgliceridemia aislada: incremento de la concentración de TG mayor o igual a 150 mg/dL con un nivel normal de colesterol LDL. b. LDL considerado normal cuando es <130 mg/dL. c. HDL-c bajas aisladas cuando el nivel de HDL colesterol es <40 mg/dL en hombres y <50 mg/dL en mujeres con colesterol total y TG normales. d. dislipidemia mixta, definida como un colesterol total mayor o igual a 200 mg/dL y de LDL-c mayor o igual a 130 mg/dL, junto con triaglicéridos igual o mayores a 150 mg/dL siempre y cuando la elevación de los triglicéridos no fuese la alteración lipídica primaria (Gotera, y otros, 2019).

2.1.5.3 Hipertensión arterial

Las enfermedades no transmisibles constituyen la causa principal de morbimortalidad entre adultos mayores de países desarrollados y en vías de desarrollo, dentro de ellas una de las más frecuentes es la hipertensión arterial, ésta es la que más afecta la salud de la población adulta mayor, siendo una enfermedad y también un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Así mismo, puede producir afectaciones vasculares periféricas y de la retina (Colorado et al, 2019).

Se ha mostrado disminución de eventos cardiovasculares al reducir la presión arterial. Debido a esto es importante la detección de la hipertensión en el adulto mayor, ya que esta se asocia a elevadas tasas de morbilidad (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, enfermedad renal crónica, demencia vascular) y de mortalidad por estas causas (Samuel, Echegaray, & Melgar, 2018).

2.1.5.4 Enfermedad Cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos. A nivel mundial cada cuatro segundos ocurre un infarto agudo de miocardio y cada cinco segundos un evento cerebrovascular y al menos una de cada tres personas pierde la vida por alguna patología relacionada con enfermedades cardiovasculares (Sánchez, Bobadilla, Dimas, Gómez, & González, 2016).

Con la tendencia demográfica mundial hacia un aumento de la población mayor de 65 años y su implicación en la salud pública, es necesario tener un conocimiento general de la enfermedad cardiovascular en esta población, conocer sus aspectos estructurales, la fisiología y los cambios moleculares, que llevan este grupo etario a ser un blanco más vulnerable de los eventos y secuelas de la enfermedad cardíaca (Pemberthy, y otros, 2016).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación se basará en un enfoque cuantitativo debido a que la recolección de datos será por medio de encuestas y la valoración de los mismos por medio de estadística descriptiva y probabilística.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La recolección de los datos será de tipo transversal y es correlacional porque permite determinar la asociación entre las variables en estudio.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

La unidad de análisis en el presente estudio son los adultos mayores de ambos sexos, diagnosticados con enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y enfermedades cardiovasculares. La investigación se va a realizar en la zona rural y la zona urbana en la provincia de San José.

El área de estudio para llevar a cabo la presente investigación es la zona rural de la comunidad de Tarbaca de Aserrí y la zona urbana de Jardines de Moravia, ambas localidades pertenecientes a la provincia de San José.

3.3.1 Población

El estudio cuenta con la participación de adultos mayores que asisten a actividades mensuales en el Salón Comunal de Tarbaca de Aserrí en la zona rural y adultos mayores que asisten al centro diurno de Jardines de Moravia en la zona urbana. En la zona de Tarbaca la población es de 134 adultos mayores entre las edades de 65 a 75 años y más y para la zona de Jardines de

Moravia de 178 adultos mayores entre las edades de 65 a 75 años y más (Instituto Nacional de Estadística y Censos , 2020).

3.3.2 Muestra

La muestra es de tipo no probabilística ya que no todos los adultos mayores tienen la misma probabilidad de ser elegidos. Esto porque deben cumplir con los criterios de inclusión tales como: que deben padecer enfermedades crónicas no transmisibles entre ellas: diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y enfermedad cardiovascular.

Con base en la población adulta mayor estimada en cada zona se procede a tomar la muestra con la siguiente fórmula:

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

n = muestra

N: Tamaño de la población.

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

P = 0,5

Q =0,5

d= Es el margen de error permisible. Es 0,1

De acuerdo con la fórmula se obtiene que la muestra sea de 56 adultos mayores de la zona rural y 62 de la zona urbana, para un total de 118 adultos mayores que se encuentran en las dos zonas y que cumplan con los criterios de inclusión.

A la hora de realizar la recolección de datos 123 personas fueron reclutadas, las cuales todas participaron en la investigación.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Se toman en cuenta criterios de inclusión y exclusión para seleccionar la muestra, los cuales se analizan a continuación:

La muestra de estudio comprende adultos mayores según los criterios de inclusión (que residan en zona urbana y rural, cualquier estado nutricional, mayores de 65 años y con patologías asociadas a la edad).

Tabla N° 1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Personas mayores de 65 años.	Adultos mayores menores de 65 años.
Personas que residan en zona rural de Tarbaca de Aserí y zona urbana de Jardines de Moravia.	Adultos mayores institucionalizados.
Autorización para participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado.	
Personas que presenten al menos una patología de las siguientes: diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias y enfermedad cardiovascular.	Adultos mayores que no tengan la capacidad de responder las preguntas por sí mismos.

Fuente: Elaboración propia, 2020

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se resumen los diferentes elementos que se utilizan para la recolección de los datos de esta investigación. Se especifica cómo se va a obtener la información de acuerdo a cada variable estudiada y su posterior tabulación, además se expone la manera en que se analizan los datos.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

El diseño de este estudio es de tipo no experimental ya que se observa el fenómeno tal como se da en su contexto natural para posteriormente ser debidamente analizado.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla N° 2. Operacionalización de las variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Describir el perfil sociodemográfico de los adultos mayores que residen en zona rural y urbana durante el 2020.	Perfil sociodemográfico	Descripción de características sociales y demográficas de la población objeto de estudio.	Entrevista para conocer características de la persona adulta mayor	Edad	Años	Cuestionario digital
				Sexo	Femenino, masculino	
				Ocupación	Trabaja No trabaja	
				Escolaridad	Primaria completa e incompleta secundaria completa e incompleta, universidad completa e incompleta	
				Condiciones de Vivienda	Propia, alquilada	

				Con quien vive en su casa	Hermanos, esposa, hijos, solo	
				Estado civil	Casado, viudo divorciado, unión libre, soltero	
				Fuente de ingresos	Trabajo, pensión, apoyo económico de familiares	
				Rango de ingresos	Menos 200 mil colones entre 200-400 colones Más de 400 colones	
				Adquisición de frutas, vegetales y carnes	Supermercado, huerta propia, pulpería, feria del agricultor abastecedor, carnicería	
				Residencia	Tarbaca de Aserri o Jardines de Moravia	
Describir las principales patologías que presentan los adultos mayores que residen en zona rural y urbana por medio de la	Patologías	Enfermedad que padece una persona	Entrevista para conocer las patologías de los adultos mayores	Patologías presentes	DM, HTA, dislipidemias, enfermedad cardiovascular.	Cuestionario digital
				Años de diagnóstico	1-5 años, 6-10 años, Más de 10 años	

aplicación de una encuesta.				de cada enfermedad		
Determinar el estilo de vida de los adultos mayores que residen en zona rural y urbana por medio de la aplicación de una encuesta.	Estilo de vida	Actitudes que desarrollan las personas que pueden ser saludables o no	Entrevista para conocer el estilo de vida de la persona adulta mayor	Asiste a consulta médica Asiste a consulta nutricional Tratamiento que utiliza para tratar la enfermedad Consumo de alcohol Fumado Consumo de cigarrillos Realización de actividad física Tipo de la actividad física	Sí No Sí No Dosis, medicamento, enfermedad Nunca, poco, a menudo, siempre Si no Menos de 5, entre 5 y 10, más de 10 Si no Baile, aeróbicos, caminar, nadar, ciclismo, otros	Cuestionario digital

				frecuencia de actividad física	Todos los días, 1 vez por semana, 2 veces por semana, 3 veces por semana, más de 3 veces por semana,	
				Horas de sueño	Menos de 5 horas, entre 5 a 8 horas, 9 horas o más	
Analizar los hábitos alimenticios de los adultos mayores que residen en zona rural y urbana por medio de una frecuencia de consumo y cuestionario	Hábitos alimenticios	Comportamientos individuales que llevan a la persona a seleccionar, preparar y consumir determinados alimentos	Se aplica un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas para identificar los diferentes hábitos alimentarios de la población adulta mayor	Tiempos de comida al día	Desayuno, Merienda de media mañana, Almuerzo, Merienda de la tarde, cena, Colación nocturna	Cuestionario digital
				Tipos de cocción de carnes	Asado, al horno, frita, a la plancha, al vapor, hervida	
				Condición de dentadura	Sin piezas dentales con prótesis, sin piezas dentales sin prótesis, mayoría sin dientes con prótesis, mayoría con dientes	
				Consumo de endulzante para las bebidas	Miel, azúcar, edulcorante, nada	

			Consumo de edulcorante	Si no
				Menos de 1 vaso (250ml)
			Consumo de agua	1-2 vasos
				3-4 vasos
				5-7 vasos
				Más de 7 vasos
			Consumo de sal	Agrega a la comida ya preparada
			Necesidad de ayuda a la hora de alimentarse	Si no
			Encargado de preparar las comidas	Pregunta abierta
			Frecuencia de consumo	Diario, semanal, mensual, nunca, casi nunca
			Consumo de bebidas diariamente	Café, agua dulce, té, otro

Fuente: Elaboración propia, 2020

3.7 PLAN PILOTO

Debido a la pandemia por el COVID-19 no se aplicó plan piloto, sino que se inició con la recolección de datos por medio de una encuesta digital.

3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se realizó por medio de un instrumento realizado en la herramienta de formulario google el cual se dividió en las siguientes partes: instrucciones, consentimiento informado, propósito de la investigación, preguntas para recolectar los datos sociodemográficos, los hábitos alimentarios, los antecedentes personales y la frecuencia de consumo.

3.9 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Las respuestas del cuestionario llegan de manera virtual en la herramienta de formulario google, las cuales se descargan de manera automática en una hoja Excel y se tabulan los datos registrados en tablas y gráficos para presentar la información recopilada.

3.10 ANALISIS DE DATOS

Para esta investigación, se utilizó principios de estadística descriptiva para la formulación de tablas y figuras. En el caso de los análisis correlacionales, se empleó la prueba estadística Chi-cuadrado para establecer relación entre los fenómenos estudiados. En el caso de la anterior, se utilizó un nivel de significancia del 96%, valor recomendado para investigaciones de ciencias de la salud. Todos estos resultados responden a los objetivos planteados y exponen la realidad de los fenómenos identificados.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

El siguiente capítulo de la investigación busca exponer los resultados encontrados para cada variable de estudio. En primer lugar, se abordó el perfil sociodemográfico de los participantes:

4.1.1 Perfil sociodemográfico

A continuación se presentan los resultados correspondientes al perfil sociodemográfico, en la tabla 3 se exponen las principales características sociodemográficas de la población:

Tabla N° 3. Características sociodemográficas de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Perfil sociodemográfico	Zona urbana (n=67)		Zona rural (n=56)		Total (n=123)	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Femenino	37	55.2	30	53.6	67	54.5
Masculino	30	44.8	26	46.4	56	45.5
Rango etario en años						
Entre 65 y 69	29	43.3	32	57.1	61	49.6
Entre 70 y 74	16	23.9	13	23.2	29	23.6
Entre 75 y 79	8	11.9	6	10.7	14	11.4
Más de 80	14	20.9	5	8.9	19	15.4
Estado civil						
Soltero	7	10.4	7	12.5	14	11.4
Casado	34	50.7	33	58.9	67	54.5
Unión libre	4	6.0	0	0.0	4	3.3
Divorciado	7	10.4	2	3.6	9	7.3
Viudez	15	22.4	14	25.0	29	23.6
Escolaridad						
Primaria incompleta	19	28.4	13	23.2	32	26.0
Primaria completa	17	25.4	12	21.4	29	23.6
Secundaria incompleta	2	3.0	8	14.3	10	8.1
Secundaria completa	11	16.4	9	16.1	20	16.3

Universidad incompleta	3	4.5	0	0.0	3	2.4
Universidad completa	15	22.4	14	25.0	29	23.6

Fuente: Elaboración propia, 2020

En la tabla 3 se exponen las principales variables del perfil sociodemográfico de los participantes de la investigación. Para ello, se trabajó con una muestra que comprendía 67 participantes de zona urbana y 56 de zona rural.

Al hablar del sexo, en el total de la muestra se ubicó 54.5% (n=67) mujeres y 45.5% (n=56) hombres. Por su lado, la zona urbana presentó 55.2% (n=37) mujeres y 44.8% (n=30) hombres. La zona rural reportó 53.6% (n=30) de mujeres y 46.4% (n=26) de hombres.

El siguiente punto abordado fue el rango etario. Según el total, la mayoría de la muestra se ubica entre los 65 y 69 años (n=61, 49.6%), seguido por los de entre 70 y 74 años (n=29, 23.6%), más de 80 años (n=19, 15.4%) y finalmente los que están entre los 75 y 79 años (n=14, 11.4%).

En el caso de zona urbana, la mayor parte de los encuestados se ubican entre los 65 y 69 años (n=29, 43.3%) y la minoría entre los 75 y 79 años (n=8, 11.9%). Por su lado, la zona rural presentó mayoría en adultos entre los 65 y 69 años (n=32, 57.1%) mientras que su minoría son adultos con más de 80 años (n=5, 8.9%).

Con respecto al estado civil, la muestra total refirió que el 54.5% (n=67) son casados, 23.6% (n=29) son viudos, 11.4% (n=14) solteros, 7.3% (n=9) divorciados y 3.3% (n=4) en unión libre. En el caso de la zona urbana, la mayoría son casados (n=34, 50.7%) y la minoría viven en unión libre (n=4, 6.0%). En la zona rural se reportó una mayoría de casados (n=33, 58.9%) y minoría de divorciados (n=2, 3.6%).

Ahora bien, referente a la escolaridad, el 26.0% (n=32) tienen primaria incompleta, 23.6% (n=29) primaria incompleta y universidad completa, 16.3% (n=20) secundaria completa, 8.1% (n=10) secundaria incompleta y 2.4% (n=2) universidad incompleta.

En la zona urbana, la mayor parte de los encuestados tienen una escolaridad de primaria incompleta (n=19, 28.4%) y la minoría universidad incompleta (n=3, 4.5%). La zona rural por su lado reportó una mayoría de universidad completa (n=14, 25.0%) y minoría secundaria incompleta (n=8, 14.3%).

El siguiente factor por desarrollar contempla variables del tipo socioeconómico. En la tabla 4 se aprecian los resultados de estas:

Tabla N° 4. Características socioeconómicas de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Perfil socioeconómico	Zona urbana		Zona rural		Total	
	(n=67)		(n=56)		(n=123)	
	n	%	n	%	n	%
Personas con que habita						
Familia	61	91.0	48	85.7	109	88.6
Solo	6	9.0	8	14.3	14	11.4
Condición de vivienda						
Alquilada	2	3.0	1	1.8	3	2.4
Prestada	0	0.0	1	1.8	1	0.8
Propia	65	97.0	54	96.4	119	96.7
Fuente de ingreso						
Asalariado	3	4.5	1	1.8	4	3.3
Pensionado	54	80.6	43	76.8	97	78.9
Apoyo familiar	8	11.9	11	19.6	19	15.4
No percibe	2	3.0	1	1.8	3	2.4
Ingreso mensual						
Menos de 200mil	23	34.3	19	33.9	42	34.1

Entre 200 y 400mil	29	43.3	23	41.1	52	42.3
Más de 400mil	15	22.4	14	25.0	29	23.6

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla 4 expone el reporte de la condición socioeconómica de los encuestados según su zona de procedencia. En primer lugar, se evaluó el núcleo familiar de los adultos y se reportó que el 88.6% (n=109) vive con su familia mientras que el 11.4% (n=14) vive solo. Dicha condición se repite en ambas muestras.

Por otro lado, al hablar de la condición de vivienda, el 96.7% (n=119) indicó que es propia, 2.4% (n=3) es alquilada y 0.8% (n=1) prestada. El fenómeno en mención mostró similitud entre el total y los grupos encuestados con la diferencia que en la zona urbana no se reportaron casos de viviendas prestadas.

Los siguientes aspectos evaluados fueron los referentes a los ingresos económicos. Según el total, la mayoría tiene como fuente de ingresos una pensión (n=97, 78.9%) y en menor medida son asalariados (n=4, 3.3%). Tanto en la zona urbana como en la rural, los resultados mostraron una tendencia igual al total.

Finalmente, al consultar por el ingreso salarial se reportó que el 42.3% (n=52) tiene entre 200 y 400 mil colones, seguido por el 34.1% (n=42) menos de 200 mil colones y 23.6% (n=29) más de 400 mil colones. Como se ha venido presentando, en ambas zonas los valores porcentuales son similares al total.

El último aspecto contemplado dentro del perfil sociodemográfico son los lugares de adquisición de carnes, frutas y verduras. En la tabla 5 se aprecian los resultados de esta variable:

Tabla N° 5. Lugar de adquisición de alimentos de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Lugar de adquisición de alimentos	Zona urbana		Zona rural		Total	
	(n=67)		(n=56)		(n=123)	
	n	%	n	%	n	%
Lugar de compra de carnes						
Supermercados	38	56.7	35	62.5	73	59.3
Carnicerías	27	40.3	20	35.7	47	38.2
Feria del agricultor	2	3.0	1	1.8	3	2.4
Frutas y verduras						
Feria del agricultor	34	50.7	17	30.4	51	41.5
Supermercados	33	49.3	34	60.7	67	54.5
Huerta casera	0	0.0	5	8.9	5	4.1

Fuente: Elaboración propia, 2020

En la tabla 5 se expone el lugar de compra de algunos alimentos. En el caso de las carnes, la mayoría de la muestra indicó que los adquieren en el supermercado (n=73, 59.3%) y en menor medida en la feria del agricultor (n=3, 2.4%). En el caso de las frutas y verduras, la mayoría también reportó que en lo hacen en el supermercado (n=67, 54.5%) mientras que la minoría dijo tener una huerta casera (n=5, 4.1%).

En el caso de la zona urbana, las carnes en su mayoría son compradas en el supermercado (n=38, 56.7%) y minoritariamente en la feria del agricultor (n=2, 3.0%); mientras que las frutas y vegetales las tienden a comprar en la feria del agricultor (n=34, 50.7%) y menor medida en el supermercado (n=33, 49.3%).

Por su lado, la zona rural indicó que las carnes tienden a comprarlas en los supermercados (n=35, 62.5%) y la minoría en la feria del agricultor (n=1, 1.8%). Al hablar de las frutas y

vegetales, la tendencia es comprarlas en el supermercado (n=34, 60.7%) y la minoría cuentan con huerta casera (n=5, 8.9%).

Al tener claros todos los factores del perfil sociodemográfico, se procede a valorar las patologías de los encuestados.

4.1.2 Datos clínicos de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana

El inciso en cuestión expone las principales patologías estudiadas a los encuestados. En la figura 1 se aprecian los resultados de estas.

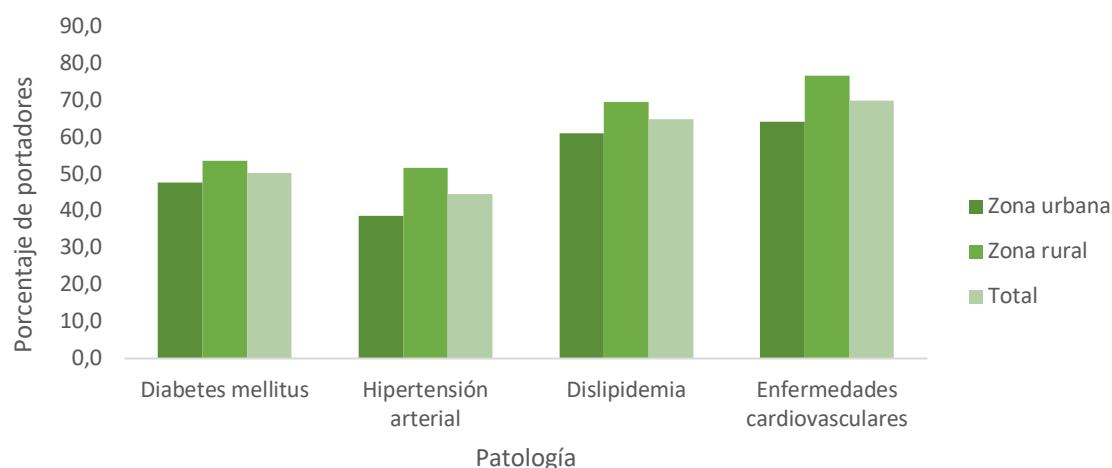


Figura N° 1. Patologías presentes en las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Fuente: Elaboración propia, 2020

La figura 1 expone los resultados de los portadores de las diferentes patologías crónicas estudiadas en la población. Se aprecia que 69.9% (n=86) refiere padecer enfermedad cardiovascular, 65% (n=80) dislipidemia, 49.6% (n=61) diabetes mellitus y 44.7% (n=55) hipertensión arterial.

Al comparar las muestras según zona de procedencia, se aprecia que hay mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular, dislipidemia e hipertensión arterial en la zona rural (Enfermedad cardiovascular: n=43, 76.8%. Dislipidemia: n=39, 69.6%. HTA: n=29. 51.8%) que en la urbana (Enfermedad cardiovascular: n=43, 64.2%. Dislipidemia: n=41, 61.2%. HTA: n=26. 38.8%).

Por su parte la diabetes mellitus tiende a ser más referida en la zona rural (n=35, 52.2%) que en la urbana (n=26, 46.4%). Un aspecto de relevancia para la investigación es el tiempo de diagnóstico de dichas enfermedades. En la tabla 6 se aprecian los resultados en mención:

Tabla N° 6. Tiempo de padecimiento de las enfermedades en las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Tiempo de padecimiento de las enfermedades	Zona urbana (n=67)		Zona rural (n=56)		Total (n=123)	
	n	%	n	%	n	%
Diabetes mellitus						
1- 5 años	11	16.4	9	16.1	20	16.3
6 - 10 años	12	17.9	9	16.1	21	17.1
Más de 10 años	9	13.4	12	21.4	21	17.1
Hipertensión arterial						
1- 5 años	14	20.9	13	23.2	27	22.0
6 - 10 años	11	16.4	11	19.6	22	17.9
Más de 10 años	19	28.4	7	12.5	26	21.1
Dislipidemia						
1- 5 años	10	14.9	7	12.5	17	13.8
6 - 10 años	6	9.0	5	8.9	11	8.9
Más de 10 años	10	14.9	5	8.9	15	12.2
Enfermedad cardiovascular						
1- 5 años	10	14.9	7	12.5	17	13.8
6 - 10 años	6	9.0	5	8.9	11	8.9
Más de 10 años	10	14.9	5	8.9	15	12.2

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla 6 expone el desglose del tiempo de diagnóstico de los encuestados con sus patologías. En el caso de la diabetes mellitus, la mayoría de los encuestados tienen entre 6 y más de 10 años de padecerla (n=21, 17.1%). Por su lado, la hipertensión arterial, dislipidemia y enfermedades cardiovasculares han sido reportadas como padecidas por la mayoría entre 1 a 5 años (HTA: n=27, 22%. Dislipidemia: n=17, 13.8%. Enfermedad cardiovascular: n=17, 13.8).

Al tener claro el contexto de las patologías padecidas por los encuestados, se procede a valorar los estilos de vida.

Tabla N° 7. Medicamentos para Diabetes Mellitus utilizados por las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Medicamentos para la Diabetes Mellitus	Zona urbana (n=67)		Zona rural (n=56)		Total (n=123)	
	n	%	n	%	n	%
Terapia Oral	20	29,8	27	48,2	47	38,2
Insulina	10	14,9	4	7,1	14	11,3
Dejó tratamiento	0	0	2	3,5	2	1,6

Fuente: Elaboración propia, 2020

De acuerdo a la información anterior relacionada a los medicamentos que utilizan los adultos mayores para tratar la diabetes mellitus, por zona de procedencia, se evidencia que en la zona urbana utilizan terapia oral un 29,8% (n=20) y un 14,9% (n=10) utilizan insulina para el tratamiento de la enfermedad, mientras que en la zona rural un 48,2 % (n=27) utiliza terapia oral, un 3,5% (n=2) dejó el tratamiento y un 7,1% (n=4) utiliza insulina.

Tabla N° 8. Medicamentos para la dislipidemia utilizados por las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Medicamentos para la Dislipidemia	Zona urbana		Zona rural		Total	
	(n=67)		(n=56)		(n=123)	
	n	%	n	%	n	%
Estatinas	18	26,8	5	8,9	23	18,6
Fibratos	1	1,5	7	12,5	8	6,5
No utiliza	5	7,4	3	5,3	8	6,5

Fuente: Elaboración propia, 2020

En la tabla 8 se aprecian los medicamentos usados por los adultos mayores que presentan dislipidemia, en la zona urbana un 26,8% (n=18) utiliza medicamentos de la familia de las estatinas, un 1,5% (n=1) fibratos y un 7,4%(n=5) asegura no utilizar ningún tratamiento, mientras que en la zona rural se observa que un 8,9% (n=5) utiliza medicamentos de la familia de las estatinas, un 12,5% (n=7) fibratos y un 5,3%(n=3) no utiliza ningún tratamiento para tratar la dislipidemia.

Tabla N° 9. Medicamentos para la hipertensión arterial utilizados por las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Medicamentos utilizados para la Hipertensión Arterial	Zona urbana		Zona rural		Total	
	(n=67)		(n=56)		(n=123)	
	n	%	n	%	n	%
Antagonistas del receptor de la angiotensina II	16	23,8	10	17,8	26	21,1
Betabloqueantes	7	10,4	1	1,7	8	6,5
Inhibidores de la ECA	19	28,3	13	23,2	32	26
Antagonistas del CA	0	0	3	5,3	3	2,4
Antihipertensivos	1	1,5	0	0	1	0,8
Diuréticos	2	2,9	1	1,7	4	3,2

Fuente: Elaboración propia, 2020

En la tabla 9 se observa las familias de medicamentos más utilizadas por los adultos mayores de ambas zonas, para la zona urbana un 23, 8% (n=16) utilizan medicamentos de la familia de los antagonistas del receptor de la angiotensina II, un 10,4% (n=7) utilizan betabloqueantes, un 28,3% (n=19) consumen inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), un 1,5% (n=1) utilizan antihipertensivos y un 2,9% (n=2) utilizan algún tipo de diurético.

Así mismo, en la zona rural un 17,8% (n=10) utilizan medicamentos de la familia de los antagonistas del receptor de la angiotensina II, un 1,7% (n=1) utilizan betabloqueantes, un 23,2% (n=13) consumen inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), un 5,3% (n=3) utilizan antagonistas de los canales del calcio y un 1,7% (n=1) diuréticos.

Tabla N° 10. Medicamentos para enfermedades cardiovasculares utilizados por las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Medicamentos utilizados para Enfermedad Cardiovascular	Zona urbana (n=67)		Zona rural (n=56)		Total (n=123)	
	n	%	n	%	n	%
Antagonistas del receptor de la angiotensina II	2	2,9	0	0	2	1,6
Anticoagulante	1	1,5	0	0	1	0,8
Salicilatos	4	5,9	5	8,9	9	7,3
Sulfonamidas	1	1,5	0	0	1	0,8
Agentes antiplaquetarios	0	0	1	1,7	1	0,8
Bloqueador Canales de CA	0	0	1	1,7	1	0,8
Beta bloqueantes	0	0	1	1,7	1	0,8
Diurético	1	1,5	0	0	1	0,8

Fuente: Elaboración propia, 2020

De acuerdo a los resultados de la tabla 10, relacionados a los medicamentos usados por los adultos mayores para tratar las enfermedades cardiovasculares, por zona de procedencia, se evidencia en la zona urbana que el 2,9% (n= 2) hace uso de antagonistas del receptor de la

angiotensina II, un 1,5% (n= 1) utiliza anticoagulantes, un 5,9% (n= 4) utiliza medicamentos de la familia de los salicilatos, un 1,5% (n= 1) utiliza sulfonamidas y algún diurético.

En la zona rural un 8,9% (n= 5) utiliza medicamentos de la familia de los salicilatos, un 1,7% (n= 1) utiliza algún agente antiplaquetario, bloqueador de los canales de calcio y betabloqueante.

Tabla N°11. Asistencia a consulta médica y nutricional de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

	Zona urbana (n=67)		Zona rural (n=56)		Total (n=123)	
	n	%	n	%	n	%
Asistencia a consulta nutricional						
Si	8	11,9	6	10,7	14	11,3
No	59	88	50	89,2	109	88,6
Asistencia a consulta médica						
Si	57	85	51	91	61	49,6
No	10	14,9	5	8,9	62	50,4

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla 11 muestra la asistencia de los adultos mayores tanto a consultas nutricionales como a consultas médicas según zona de procedencia, se evidencia en la zona urbana que un 11,9% (n =8) asiste a consulta nutricional, mientras que un 88% (n =59) no asiste a este tipo de consultas, en la zona rural un 10,7% (n =6) asiste a consulta nutricional y un 89,2% (n =50) no asiste a consulta de nutrición.

En cuanto a la asistencia a consultas médicas en la zona urbana, un 85% (n =57) manifiestan asistir a consultas, mientras que el 14,9% (n =10) asegura que no, en la zona rural los resultados muestran que el 91% (n =51) asiste a las consultas y el 8,9% (n =5) no asiste a consultas médicas.

4.1.3 Estilo de vida de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana

El siguiente inciso de la investigación expone los principales estilos de vida que llevan los encuestados de las dos zonas en estudio. En la tabla 12 se aprecian estos resultados:

Tabla N° 12. Estilos de vida de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Estilos de vida	Zona urbana (n=67)		Zona rural (n=56)		Total (n=123)	
	n	%	n	%	n	%
Consumo de bebidas alcohólicas						
A menudo	3	4.5	3	5.4	6	4.9
Poco	21	31.3	17	30.4	38	30.9
Nunca	43	64.2	36	64.3	79	64.2
Fumado						
Sí fuma	9	13.4	3	5.4	12	9.8
No fuma	58	86.6	53	94.6	111	90.2
Horas de sueño						
Menos de 5	4	6.0	2	3.6	6	4.9
Entre 5 y 8	54	80.6	48	85.7	102	82.9
9 o más	4	6.0	2	3.6	6	4.9

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla 12 desglosa los resultados referentes a los principales estilos de vida de los encuestados. Con respecto al consumo de alcohol, el 64.2% (n=79) indicó nunca consumirlo mientras que el 4.6% (n=6) mencionó hacerlo a menudo. Los resultados comparativos por zonas dieron resultados muy similares al total.

En el caso del fumado, 90.2% (n=111) refirió que no fumada mientras que el restante 9.8% (n=12) si fuman. Dicha condición es mayor en la zona urbana (n=9, 13.4%) que en la rural (n=3, 5.4%). Finalmente, al consultar por las horas de sueño, el 82.9% (n=102) indicó que duermen entre 5 y 8 horas y la muestra restante se divide en 4.9% (n=6) con el restante de horas de sueño.

El siguiente aspecto valorado dentro de los estilos de vida fue la actividad física. En la tabla 13 se aprecian sus resultados:

Tabla N° 13. Actividad física de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Actividad física	Zona urbana (n=67)		Zona rural (n=56)		Total (n=123)	
	n	%	n	%	n	%
Realización de actividad física						
Sí realiza	21	31.3	21	37.5	42	34.1
No realiza	46	68.7	35	62.5	81	65.9
Tipo de actividad física realizada						
Aeróbicos	1	1.5	2	3.6	3	2.4
Caminata	16	23.9	16	28.6	32	26.0
Bicicleta	2	3.0	2	3.6	4	3.3
Baile	4	6.0	2	3.6	6	4.9
Cantidad de veces por semana						
1 vez por semana	1	1.5	3	5.4	4	3.3
2 veces por semana	5	7.5	1	1.8	6	4.9
3 veces por semana	9	13.4	6	10.7	15	12.2
Más de 3 veces por semana	1	1.5	4	7.1	5	4.1
Todos los días	5	7.5	7	12.5	12	9.8

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla 13 expone los resultados referentes a la actividad física en los encuestados según su zona de procedencia. Según se evidencia, 65.9% (n=81) no realiza mientras que el restante

34.1% (n=42) si la realiza. Por otro lado, la caminata es la más realizada (n=32, 26%) y los aeróbicos (n=3, 2.4%) la menos realizada.

La actividad física tiene una tendencia similar entre los dos grupos estudiados. Con lo anterior, se concluye la exposición de resultados de estilos de vida y se procede a valorar hábitos.

4.1.4 Hábitos alimenticios de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana

El siguiente inciso de la investigación detalla los hábitos alimentarios de los participantes de la investigación. La tabla 14 se presenta los principales hábitos evaluados en la etapa de campo:

Tabla N° 14. Hábitos alimentarios de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Hábitos alimentarios	Zona urbana (n=67)		Zona rural (n=56)		Total (n=123)	
	n	%	n	%	n	%
Tiempos de comida realizados						
Desayuno	67	100.0	56	100.0	123	100.0
Merienda de la mañana	43	64.2	28	50.0	71	57.7
Almuerzo	43	64.2	28	50.0	71	57.7
Merienda de la tarde	60	89.6	47	83.9	107	87.0
Cena	60	89.6	52	92.9	112	91.1
Consumo de agua en vasos						
Menos de 1 vaso	9	13.4	6	10.7	15	12.2
1-2 vasos	13	19.4	10	17.9	23	18.7
3-4 vasos	24	35.8	15	26.8	39	31.7
5-7 vasos	13	19.4	18	32.1	31	25.2
Adición de sal						
Sí adiciona	13	19.4	16	28.6	29	23.6
No adiciona	54	80.6	40	71.4	94	76.4
Endulzante utilizado						
Azúcar	55	82.1	37	66.1	92	74.8
Miel	3	4.5	5	8.9	8	6.5
Edulcorante	9	13.4	14	25.0	23	18.7

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla 14 expone los resultados de los hábitos alimentarios de los encuestados según zona de procedencia. Según se aprecia, el desayuno (n=123, 100%) y cena (n=112, 91.1%) son los tiempos de comida más realizados mientras que la merienda de la tarde (n=107, 87.0%), merienda de la mañana y almuerzo (n=71, 57.7%) los menos realizados.

Al valorar las zonas de procedencia, se observa una tendencia similar al global. No obstante, en la zona rural existe un reporte menor al consumo de los tiempos de comida en comparación con la zona urbana.

Con respecto al consumo de agua, la mayoría indicó tomar entre 3 y 4 vasos de agua (n=39, 31.7%), seguido por quienes toman de 5 a 7 (n=31, 25.2%), de 1 a 2 (n=23, 18.8%) y menos de un vaso (n=15, 12.2%). Al comparar las zonas, se logra apreciar que la zona rural tiene un consumo mayor (n=18, 32.1%) que la zona urbana (n=13, 19.4%).

El siguiente aspecto valorado fue la adición de sal. En esta variable se evidenció una tendencia a la no realización de este hábito (n=94, 76.4%). Sin embargo, un dato de relevancia es que dicha práctica tiende a ser mayor en la zona urbana (n=54, 80.6%) que en la rural (n=40, 71.4%), los resultados concuerdan con estudios referentes al consumo de sal, uno de ellos mostró que gran porcentaje de adultos mayores tiene el hábito adecuado de no agregar sal a los alimentos una vez servidos en la mesa (77%).

Al consultar por el endulzante utilizado, el 74.8% (n=92) utilizan azúcar, 18.7% (n=23) edulcorantes y 6.5% (n=8) miel. Al comparar las zonas, el consumo de azúcar tiende a ser mayor en la zona urbana (n=55, 82.1%) que en la rural (n=37, 66.1%). En la última zona, el consumo

de edulcorantes presentó una mayor incidencia de consumos ha reportado que el consumo de bebidas endulzadas en adultos se asocia con mayor riesgo de tener diabetes o glicemia elevada en comparación con los no consumidores.

Otro de los hábitos evaluados es el tipo de cocción que utilizan los adultos mayores a la hora de cocinar las carnes, los resultados se describen en la siguiente tabla:

Tabla N°15. Tipos de cocción de las carnes utilizado por las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Tipos de cocción de las carnes	Zona urbana (n=67)		Zona rural (n=56)		Total (n=123)	
	n	%	n	%	n	%
Hervido	35	52.2	23	41	58	35
Frito	16	24	37	66	53	43
Asado	30	44.7	19	34	49	40
A la plancha	20	30	21	37.5	41	33.3
Al horno	22	33	7	12.5	29	23.5
Al vapor	13	19.4	4	7.1	17	14

Fuente: Elaboración propia, 2020

En la tabla 15 se muestra los tipos de cocción utilizados a la hora de preparar las carnes se observa que en la zona urbana el más utilizado es el hervido (n=35, 52.2%), seguido de asado (n=30, 44.7 %), al horno (n=22, 33%), a la plancha (n=20, 30%), frito (n=16, 24%) y finalmente al vapor (n=13, 19,4%), mientras que en la zona rural el método más usado a la hora de cocinar las carnes es el frito (n=37, 66 %), luego el hervido (n=23, 41%), a la plancha (n=21, 37.5%), el asado (n=19, 34%), al horno (n=7, 12.5 %) y al vapor (n=4, 7.1%).

En la tabla 16 se puede apreciar la condición de dentadura de los adultos mayores de ambas zonas:

Tabla N° 16. Condición de la dentadura de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Condición de dentadura	Zona urbana		Zona rural		Total	
	(n=67)		(n=56)		(n=123)	
	n	%	n	%	n	%
Mayoría con dientes	36	53,7	26	46,2	62	50,4
Mayoría sin dientes	3	4,4	7	12,5	10	8,1
Sin piezas dentales con prótesis	24	35,8	20	35,7	44	35,7
Sin piezas dentales sin prótesis	4	5,9	3	5,3	7	5,7

Fuente: Elaboración propia, 2020

En la tabla 16 se aprecia la condición de la dentadura de los adultos mayores de acuerdo a la zona de procedencia, en la zona urbana un 53,7% (n=36), refiere tener la mayoría de dientes, un 4,4% (n=3), manifiesta estar sin la mayoría de dientes, un 35,8% (n=24), se encuentra sin piezas dentales y con prótesis y un 5,9% (n=4) sin piezas dentales y sin prótesis.

En la zona rural un 46,2 % (n=26) se encuentra con la mayoría de los dientes, un 12,5% (n=7), está sin la mayoría de dientes, un 35,7% (n=20) está sin piezas dentales pero con prótesis y un 5,3% (n=3) se encuentra sin piezas dentales y sin prótesis.

En relación a si los adultos mayores ocupan de ayuda a la hora de alimentarse en la figura 2 se muestran los resultados:

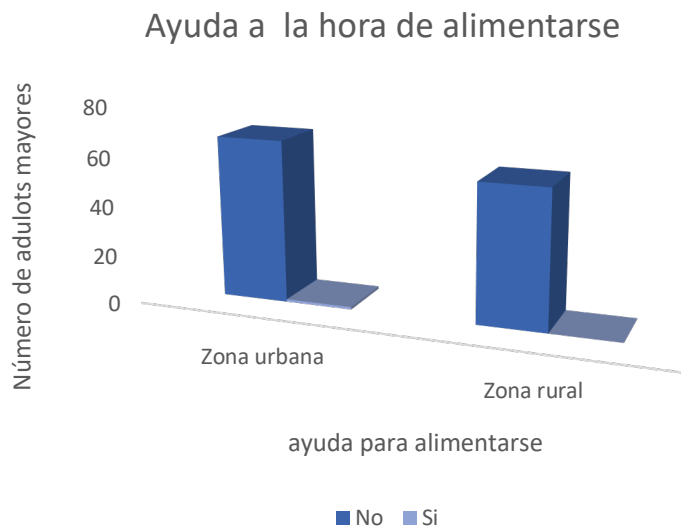


Figura 2. Necesidad de ayuda para alimentarse de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Fuente: Elaboración propia, 2020

En la figura 2 se aprecian los resultados relacionados en la necesidad de ayuda de los adultos mayores a la hora de alimentarse, se observa en la zona urbana que el 98,5% (n=66) no requiere de ayuda para poder alimentarse mientras que un 1,5% (n=1) si requiere de ayuda a la hora de consumir sus alimentos, así mismo en la zona rural el 100% (n=56) manifiesta no ocupar de ayuda a la hora de consumir sus alimentos.

De la misma manera a la hora de preparar las comidas los resultados se desglosan en la figura

3:

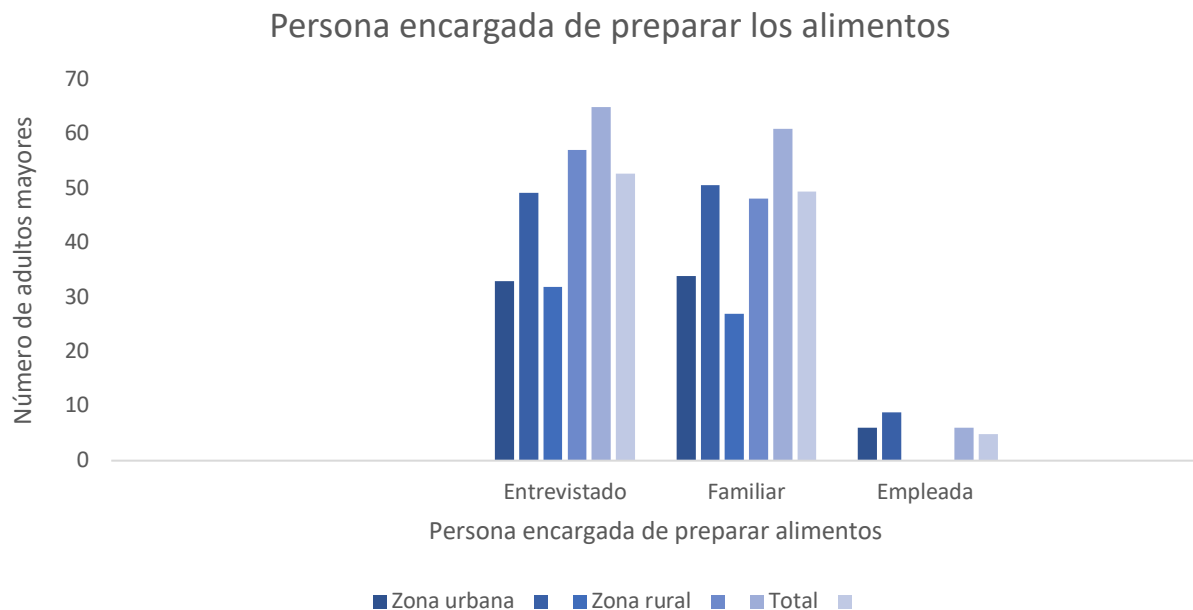


Figura N° 3. Persona encargada de preparar los alimentos de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Fuente: Elaboración propia, 2020

En la figura 3 relacionada con la persona encargada de preparar los alimentos a los adultos mayores, se identifica en la zona urbana que el 49,2% (n=33) de los entrevistados prepara sus propios alimentos, el 50,7% (n=34) dependen de un familiar para la preparación de sus comidas y el 8,9% (n=6) lo hace la empleada doméstica.

Mientras tanto en la zona rural el 57,1% (n=32) aseguran preparar sus propios alimentos, el 48,2% (n=27) aseguran que son familiares los que preparan sus comidas y ninguno refiere que la empleada doméstica prepare sus comidas.

Al tener claro el panorama de estas variables, se procede a exponer la frecuencia de consumo de alimentos.

4.1.5 Frecuencia de consumo de alimentos

El inciso presentado muestra los resultados de la frecuencia de consumo de alimentos. En primer lugar, se valoró aquellos alimentos lácteos o derivados, los cuales se aprecian a continuación:

Tabla N° 17. Frecuencia de consumo de lácteos y derivados de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Alimento	Frecuencia	Zona urbana (n=67)		Zona rural (n=56)		Total (n=123)	
		n	%	n	%	n	%
Leche entera	A diario	16	23.9	15	26.8	31	25.2
	Casi nunca	9	13.4	7	12.5	16	13.0
	Mensualmente	1	1.5	2	3.6	3	2.4
	Nunca	35	52.2	27	48.2	62	50.4
	Semanalmente	6	9.0	5	8.9	11	8.9
Leche descremada	A diario	23	34.3	6	10.7	29	23.6
	Casi nunca	7	10.4	13	23.2	20	16.3
	Mensualmente	2	3.0	0.0	0.0	2	1.6
	Nunca	32	47.8	29	51.8	61	49.6
	Semanalmente	3	4.5	8	14.3	11	8.9
Leche semidescremada	A diario	12	17.9	9	16.1	21	17.1
	Casi nunca	11	16.4	17	30.4	28	22.8
	Mensualmente	3	4.5	1	1.8	4	3.3
	Nunca	36	53.7	20	35.7	56	45.5
	Semanalmente	5	7.5	9	16.1	14	11.4
Yogurt regular	A diario	22	32.8	28	6	50	40.7
	Casi nunca	16	23.9	29	16	45	36.6

	Mensualmente	4	6.0	30	1	34	27.6
	Nunca	18	26.9	31	21	49	39.8
	Semanalmente	7	10.4	32	12	39	31.7
Queso Turrialba	A diario	21	31.3	27	48.2	48	39.0
	Casi nunca	15	22.4	3	5.4	18	14.6
	Mensualmente	3	4.5	0.0	0.0	3	2.4
	Nunca	4	6.0	2	3.6	6	4.9
	Semanalmente	24	35.8	24	42.9	48	39.0
Queso amarillo	A diario	10	14.9	5	8.9	15	12.2
	Casi nunca	22	32.8	20	35.7	42	34.1
	Mensualmente	5	7.5	6	10.7	11	8.9
	Nunca	27	40.3	20	35.7	47	38.2
	Semanalmente	3	4.5	5	8.9	8	6.5
Mantequilla	A diario	29	43.3	27	48.2	56	45.5
	Casi nunca	14	20.9	11	19.6	25	20.3
	Mensualmente	2	3.0	2	3.6	4	3.3
	Nunca	10	14.9	4	7.1	14	11.4
	Semanalmente	12	17.9	12	21.4	24	19.5

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla 17 detalla las referencias de la frecuencia de consumo de alimentos de los encuestados. Según se aprecia, los alimentos más consumidos son la mantequilla (n=56, 45.5%), el yogurt (n=50, 40.7%) y el queso Turrialba (n=48, 39.0%). Caso contrario ocurre con la leche entera (n=62, 50.4%), leche descremada (n=61, 49.6%), leche semidescremada (n=56, 45.5%) y el queso amarillo (n=47, 38.2%).

Al comparar las zonas de procedencia de los encuestados, se observa que el consumo de leche entera, leche semidescremada, yogurt, queso amarillo y mantequilla obtuvieron resultados muy similares. No obstante, se observó que el consumo de leche descremada es mayor en la zona urbana que en la rural y el caso de la rural es más consumido el queso Turrialba que en la urbana.

El siguiente grupo valorado es las frutas y vegetales, para los cuales se observan los siguientes resultados:

Tabla N° 18. Frecuencia de consumo de frutas y vegetales de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Alimento	Frecuencia	Zona urbana (n=67)		Zona rural (n=56)		Total (n=123)	
		n	%	n	%	n	%
Vegetales crudos	A diario	47	70,1	35	62,5	82	66,6
	Casi nunca	0	0	0	0	0	0
	Mensualmente	0	0	0	0	0	0
	Nunca	0	0	0	0	0	0
	Semanalmente	20	29,8	21	37,5	41	33,3
Vegetales cocidos	A diario	38	56,7	35	62,5	73	59,3
	Casi nunca	10	15	3	5,3	13	10,5
	Mensualmente	0	0	0	0	0	0
	Nunca	0	0	0	0	0	0
	Semanalmente	19	28	18	32,1	37	30
Frutas Frescas	A diario	45	67,1	38	67,8	83	67,4
	Casi nunca	5	7,4	0	0	5	4
	Mensualmente	0	0	0	0	0	0
	Nunca	0	0	0	0	0	0

	Semanalmente	17	25,3	18	32,1	35	28,4
	A diario	8	12	10	17,8	18	14,6
	Casi nunca	18	26,8	8	14,2	26	21,1
Jugo natural de frutas	Mensualmente	18	26,8	16	28,5	34	27,6
	Nunca	0	0	0	0	0	0
	Semanalmente	23	34,3	22	39,2	45	36,5

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla 18 detalla los resultados de la frecuencia de consumo de frutas y vegetales, al comparar las zonas de procedencia de los encuestados, se observa que el consumo de fresco natural de frutas de manera semanal tiene resultados similares en ambas zonas se aprecia en la zona rural (n=22, 39,2%) y en la zona urbana (n=23, 34,3%).

En cuanto al consumo de frutas frescas la zona urbana (n=45, 67,1%) presenta mayor consumo diario en comparación con la zona rural (n=38, 67,8%), así mismo en la zona rural se tiene un menor consumo diario de vegetales crudos (n=35, 62,5%) con respecto a la zona urbana que presenta un (n=47, 70,1%), entre los vegetales cocidos ambas zonas presentan alto consumo de los mismos en la zona rural (n=35, 62,5%) y en la zona urbana un (n=38, 56,7%).

Ahora bien, el siguiente grupo de alimentos valorados fueron las carnes y subproductos. En la tabla 19 se aprecian estos resultados:

Tabla N° 19. Frecuencia de consumo de carnes y subproductos de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Alimento	Frecuencia	Zona urbana		Zona rural		Total	
		(n=67) n	%	(n=56) n	%	(n=123) n	%
Embutidos	A diario	6	9.0	4	7.1	10	8.1
	Casi nunca	18	26.9	20	35.7	38	30.9
	Mensualmente	6	9.0	11	19.6	17	13.8
	Nunca	18	26.9	6	10.7	24	19.5
	Semanalmente	19	28.4	15	26.8	34	27.6
Carne de res	A diario	19	28.4	6	10.7	25	20.3
	Casi nunca	5	7.5	2	3.6	7	5.7
	Mensualmente	5	7.5	3	5.4	8	6.5
	Nunca		0.0	2	3.6	2	1.6
	Semanalmente	38	56.7	43	76.8	81	65.9
Carne de pollo	A diario	26	38.8	9	16.1	35	28.5
	Casi nunca	3	4.5	1	1.8	4	3.3
	Mensualmente	1	1.5	3	5.4	4	3.3
	Nunca		0.0	2	3.6	2	1.6
	Semanalmente	37	55.2	41	73.2	78	63.4
Carne de cerdo	A diario	15	22.4	2	3.6	17	13.8
	Casi nunca	17	25.4	13	23.2	30	24.4
	Mensualmente	8	11.9	11	19.6	19	15.4
	Nunca	7	10.4	7	12.5	14	11.4
	Semanalmente	20	29.9	23	41.1	43	35.0
Pescado	A diario	17	25.4	5	8.9	22	17.9

	Casi nunca	11	16.4	8	14.3	19	15.4
	Mensualmente	7	10.4	8	14.3	15	12.2
	Nunca		0.0	4	7.1	4	3.3
	Semanalmente	32	47.8	31	55.4	63	51.2
Atún	A diario	17	25.4	8	14.3	25	20.3
	Casi nunca	18	26.9	8	14.3	26	21.1
	Mensualmente	3	4.5	8	14.3	11	8.9
	Nunca	6	9.0	4	7.1	10	8.1
	Semanalmente	23	34.3	28	50.0	51	41.5
Huevo	A diario	41	61.2	37	66.1	78	63.4
	Casi nunca	2	3.0	1	1.8	3	2.4
	Mensualmente		0.0	3	5.4	3	2.4
	Nunca	2	3.0		0.0	2	1.6
	Semanalmente	22	32.8	15	26.8	37	30.1

Fuente: Elaboración propia, 2020

En la tabla 19 se realiza el desglose de los resultados del consumo de carnes y subproductos de los encuestados. Según se aprecia, los alimentos de mayor consumo fueron el huevo (n=78, 63.4%), carne de pollo (n=35, 28.5%) y la carne de res (n=25, 20.3%). Por otro lado, los embutidos (n=24, 19.5%) y carne de cerdo (n=14, 11.4%) son las menos consumidas; mientras que el atún y pescado tienden a ser consumidos semanalmente.

No obstante, en la zona urbana es mayor el consumo de carne de res, pollo, cerdo, pescado y atún. En el caso de los embutidos y huevos, su consumo en ambas zonas es similar.

El siguiente grupo de alimentos por analizar fueron los abarrotos. La tabla 20 expone el detalle de los resultados mencionados:

Tabla N°20. Frecuencia de consumo de abarrotos de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Alimento	Frecuencia	Zona urbana (n=67)		Zona rural (n=56)		Total (n=123)	
		n	%	n	%	n	%
Leguminosas	A diario	40	59.7	45	80.4	85	69.1
	Casi nunca	14	20.9		0.0	14	11.4
	Mensualmente		0.0	1	1.8	1	0.8
	Nunca	2	3.0		0.0	2	1.6
	Semanalmente	11	16.4	10	17.9	21	17.1
Pan blanco	A diario	30	44.8	28	50.0	58	47.2
	Casi nunca	21	31.3	8	14.3	29	23.6
	Mensualmente	2	3.0	1	1.8	3	2.4
	Nunca	5	7.5	4	7.1	9	7.3
	Semanalmente	9	13.4	15	26.8	24	19.5
Arroz blanco	A diario	56	83.6	51	91.1	107	87.0
	Casi nunca	4	6.0	1	1.8	5	4.1
	Mensualmente	1	1.5	1	1.8	2	1.6
	Nunca	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Semanalmente	6	9.0	3	5.4	9	7.3
Pastas	A diario	8	11.9	6	10.7	14	11.4
	Casi nunca	11	16.4	11	19.6	22	17.9
	Mensualmente	6	9.0	7	12.5	13	10.6
	Nunca		0.0	3	5.4	3	2.4
	Semanalmente	42	62.7	29	51.8	71	57.7
Productos integrales	A diario	16	23.9	1	1.8	17	13.8

	Casi nunca	21	31.3	32	57.1	53	43.1
	Mensualmente	4	6.0	1	1.8	5	4.1
	Nunca	13	19.4	19	33.9	32	26.0
	Semanalmente	13	19.4	3	5.4	16	13.0
Galletas sin relleno	A diario	21	31.3	17	30.4	38	30.9
	Casi nunca	17	25.4	13	23.2	30	24.4
	Mensualmente	3	4.5	2	3.6	5	4.1
	Nunca	10	14.9	2	3.6	12	9.8
	Semanalmente	16	23.9	22	39.3	38	30.9

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla 20 expone los resultados del consumo de abarrotes en los encuestados de ambas zonas. En ella se aprecia que los alimentos de mayor consumo son el arroz blanco (n=107, 87%), leguminosas (n=85, 69.1%) y el pan blanco (n=58, 47.2%). En el caso de las pastas (n=71, 57.7%) y las galletas sin relleno (n=38, 30.9%) tienden a ser consumidos semanalmente. Por su lado, los cereales integrales son los menos consumidos (n=32, 26.0%).

Con respecto a los productos integrales, el consumo es más alto en la zona urbana; mientras que las leguminosas son más consumidas en la zona rural. En el caso del pan blanco, arroz blanco, pastas y galletas sin relleno tienen un consumo similar al total.

Al conocer el contexto de esta frecuencia, se procede a exponer los resultados de los otros alimentos valorados:

Tabla N°21. Frecuencia de consumo de otros alimentos de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Alimento	Frecuencia	Zona urbana		Zona rural		Total	
		(n=67) n	%	(n=56) n	%	(n=123) n	%
Helados	A diario		0.0	4	7.1	4	3.3
	Casi nunca	33	49.3	30	53.6	63	51.2
	Mensualmente	8	11.9	9	16.1	17	13.8
	Nunca	15	22.4	9	16.1	24	19.5
	Semanalmente	11	16.4	4	7.1	15	12.2
Galletas con relleno	A diario	21	31.3	7	12.5	28	22.8
	Casi nunca	18	26.9	17	30.4	35	28.5
	Mensualmente	7	10.4	4	7.1	11	8.9
	Nunca	7	10.4	5	8.9	12	9.8
	Semanalmente	14	20.9	23	41.1	37	30.1
Golosinas	A diario	6	9.0	5	8.9	11	8.9
	Casi nunca	27	40.3	29	51.8	56	45.5
	Mensualmente	7	10.4	2	3.6	9	7.3
	Nunca	16	23.9	8	14.3	24	19.5
	Semanalmente	11	16.4	12	21.4	23	18.7
Repostería	A diario	7	10.4	2	3.6	9	7.3
	Casi nunca	29	43.3	24	42.9	53	43.1
	Mensualmente	9	13.4	7	12.5	16	13.0
	Nunca	9	13.4	4	7.1	13	10.6
	Semanalmente	13	19.4	19	33.9	32	26.0
Comida rápida	A diario	1	1.5	1	1.8	2	1.6
	Casi nunca	36	53.7	20	35.7	56	45.5
	Mensualmente	11	16.4	16	28.6	27	22.0

Nunca	18	26.9	18	32.1	36	29.3
Semanalmente	1	1.5	1	1.8	2	1.6

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla 21 expone el desglose de la frecuencia de consumo de otros alimentos por los encuestados. Según se aprecia, los alimentos menos consumidos son las comidas rápidas (n=92, 74.8%), helados (n=87, 70.7%), golosinas (n=80, 65.0%) y la repostería (n=66, 53.7%). Por otro lado, las galletas con relleno (n=28, 22.8%) son las más consumidas por los encuestados.

Al comparar las zonas, se observa que el helado y la repostería son más consumidos en la zona urbana. Por otro lado, las galletas con relleno y comidas rápidas tienden a ser de mayor consumo en la zona rural.

Teniendo claro el contexto de la frecuencia de consumo de otros alimentos, se procede a valorar las bebidas. En la tabla 22 se aprecian estos resultados:

Tabla N° 22. Frecuencia de consumo de bebidas en las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Alimento	Frecuencia	Zona urbana (n=67)		Zona rural (n=56)		Total (n=123)	
		n	%	n	%	n	%
Gaseosas	A diario	1	1.5	2	3.6	3	2.4
	Casi nunca	29	43.3	31	55.4	60	48.8
	Mensualmente	6	9.0	9	16.1	15	12.2
	Nunca	28	41.8	12	21.4	40	32.5
	Semanalmente	3	4.5	2	3.6	5	4.1
Bebidas alcohólicas	A diario	0	0.0	0	0.0	0	0.0

	Casi nunca	15	22.4	6	10.7	21	17.1
	Mensualmente	6	9.0	9	16.1	15	12.2
	Nunca	43	64.2	36	64.3	79	64.2
	Semanalmente	3	4.5	5	8.9	8	6.5
Sobres de refrescos	A diario	31	46.3	10	17.9	41	33.3
	Casi nunca	9	13.4	14	25.0	23	18.7
	Mensualmente	2	3.0	2	3.6	4	3.3
	Nunca	19	28.4	20	35.7	39	31.7
	Semanalmente	6	9.0	10	17.9	16	13.0
Café o té	A diario	61	91.0	51	91.1	112	91.1
	Casi nunca	2	3.0	1	1.8	3	2.4
	Mensualmente	0,0	0.0	1	1.8	1	0.8
	Nunca	2	3.0	2	3.6	4	3.3
	Semanalmente	2	3.0	1	1.8	3	2.4

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla 22 expone los resultados referentes a la frecuencia de consumo de bebidas en la muestra encuestada de ambas zonas. Los resultados generales indican que los líquidos de mayor consumo son el café o té (n=112, 91.1%) y los sobres de refresco (n=41, 33.3%). Por otro lado, las menos consumidas son las bebidas alcohólicas (n=100, 81.3%) y gaseosas (n=100, 81.3%).

Al comparar las zonas, se aprecia que, en la zona urbana el consumo de gaseosas y sobres de refrescos es mayor. En ambas zonas las bebidas alcohólicas están en menor cantidad y las infusiones mayor consumo en la zona urbana que en la zona rural.

Teniendo claro el panorama de las variables en estudio, se procede a valorar sus comparativas en el análisis bivariados.

4.2 ANÁLISIS BIVARIADO

En los siguientes incisos del capítulo se exponen los cruces de variables requeridos para la resolución del objetivo general de la investigación. Para ello, se empleó la prueba estadística chi-cuadrado debido a la naturaleza de las variables de investigación. En este caso, se utilizó una confianza del 95% y los grados de libertad se determinaron por su naturaleza en cada variable.

El primer análisis comparativo es entre las enfermedades referidas y la zona de procedencia de los encuestados. En la tabla 23 se aprecian los resultados de la prueba chi-cuadrado:

Tabla N° 23. Comparación de enfermedades crónicas de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Variable	Valor p	Relación
Diabetes mellitus	0.07	No existe
Hipertensión arterial	0.00	Mayor incidencia en zona rural
Dislipidemia	0.06	No existe
Enfermedades cardiovasculares	0.01	Mayor incidencia en zona rural

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla 23 expone los resultados de la prueba chi-cuadrado para la comparación de incidencia de las enfermedades crónicas referidas según zona de procedencia. En ella se aprecia, que la

diferencia porcentual es significativamente mayor en la zona rural para la hipertensión arterial ($p=0.00$) y las enfermedades cardiovasculares ($p=0.01$) que en la urbana.

En el caso de la diabetes mellitus ($p=0.07$) y la dislipidemia ($p=0.06$), no se encontraron diferencias significativas entre las dos zonas. Al tener claro esta comparativa, se procede a indagar por las relaciones de estilos de vida y hábitos alimentarios entre las zonas. En la tabla 24 se exponen dichos resultados:

Tabla N° 24. Comparación de estilos de vida de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Variable	Valor p	Relación
Estilos de vida		
Consumo de alcohol	0.09	No existe
Fumado	0.02	Mayor fumado en zona urbana
Horas de sueño	0.04	Mayor cantidad de horas de sueño en zona rural
Actividad física		
Realización	0.01	Mayor realización en zona rural
Días de realización	0.03	Mayor cantidad de días en zona rural

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla 24 detalla los resultados de la prueba chi-cuadrado para la comparación de estilos de vida y hábitos alimentarios entre las zonas indagadas.

Al observar la zona urbana, esta dio como resultado una diferencia significativa de mayor fumado ($p=0.02$), consumo de merienda de la mañana ($p=0.02$), almuerzo ($p=0.01$), merienda de la tarde ($p=0.01$) y consumo de azúcar ($p=0.01$).

Por otro lado, la zona rural obtuvo diferencias estadísticamente superiores en la cantidad de horas de sueño ($p=0.04$), realización de actividad física ($p=0.01$), días realizados de actividad física ($p=0.03$),

Ahora bien, la otra variable de mayor relevancia investigativa fueron los hábitos alimentarios.

En la tabla 25 se aprecian los resultados de estos cruces comparativos:

Tabla N° 25. Comparación de hábitos alimentarios de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Variable	Valor p	Relación
Tiempos de comida		
Desayuno	0.1	No existe
Merienda de la mañana	0.02	Mayor consumo en zona urbana
Almuerzo	0.01	Mayor consumo en zona urbana
Merienda de la tarde	0.01	Mayor consumo en zona urbana
Cena	0.06	No existe
Hábitos alimentarios		
Adición de sal	0.04	Mayor adición en zona rural
Consumo de agua	0.02	Mayor ingesta en zona rural
Endulzante	0.01	Mayor consumo de azúcar en zona urbana

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla 25 expone los resultados de la comparación entre los hábitos alimentarios y la zona de procedencia de los encuestados. Se evidenció que existe relación estadísticamente significativa entre la zona urbana y una mayor incidencia del consumo de merienda de la mañana ($p=0.02$), almuerzo ($p=0.01$), merienda de la tarde ($p=0.01$) y consumo de azúcar ($p=0.01$)

En el caso de la zona rural, adición de sal a los alimentos preparados ($p=0.04$) y consumo de agua ($p=0.02$) representaron una incidencia comparativa estadísticamente significativa. Referente a la realización del desayuno y cena, no se encontró relación estadísticamente significativa.

Finalmente, al tener claridad entre las principales diferencias entre las muestras, se procede a realizar la comparativa tomando en cuenta las patologías con demás variables. Para efectos

investigativo y conociendo que no existió diferencias estadísticamente significativas con la diabetes mellitus y la dislipidemia, estas se excluyen.

La tabla 26 expone la comparación entre la hipertensión arterial, estilos de vida, hábitos alimentarios y zona de procedencia de los encuestados:

Tabla N°26. Comparación del padecimiento de hipertensión arterial, estilos de vida y hábitos alimentarios de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Variable	Valor p	Relación
Estilos de vida		
Fumado	0.05	No existe
Horas de sueño	0.01	Mayor padecimiento a mayor cantidad de horas de sueño en zona rural
Actividad física		
Realización	0.07	No existe
Días de realización	0.09	No existe
Tiempos de comida		
Merienda de la mañana	0.03	Mayor padecimiento en zona rural por menor consumo
Almuerzo	0.00	Mayor padecimiento en zona rural por menor consumo
Merienda de la tarde	0.04	Mayor padecimiento en zona rural por menor consumo
Hábitos alimentarios		
Adición de sal	0.01	Mayor padecimiento en mayor adición en zona rural
Consumo de agua	0.06	No existe
Endulzante	0.01	Mayor padecimiento a consumo de azúcar en zona rural

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla 26 expone la comparativa entre el padecimiento de la hipertensión arterial con variables en estudio. Según se evidenció, hay una mayor incidencia estadísticamente significativa entre los habitantes de la zona rural que padecen hipertensión arterial y tienen más horas de sueño ($p=0.01$), bajo consumo de merienda de la mañana ($p=0.03$), almuerzo ($p=0.00$), merienda de la tarde ($p=0.04$), adición de sal ($p=0.01$) y consumo de azúcar ($p=0.01$).

En el caso del fumado, realización y días de realización de actividad física y consumo de agua no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Ahora bien, la última patología por comparar son las enfermedades cardiovasculares. La tabla 27 expone los resultados en mención:

Cabe mencionar que los hábitos alimentarios que fueron evaluados fueron aquellos en los que se encontró que tienen relación estadísticamente significativa entre la zona de procedencia y el hábito, todos los demás por consiguiente van a resultar negativos por ende no se evalúan.

Tabla N° 27. Comparación del padecimiento de enfermedades cardiovasculares, estilos de vida y hábitos alimentarios de las personas adultas mayores de la zona rural y urbana, San José, agosto 2020

Variable	Valor p	Relación
Estilos de vida		
Fumado	0.07	No existe
Horas de sueño	0.06	No existe
Actividad física		
Realización	0.05	No existe
Días de realización	0.09	No existe
Tiempos de comida		
Merienda de la mañana	0.02	Mayor padecimiento en zona rural por menor consumo
Almuerzo	0.02	Mayor padecimiento en zona rural por menor consumo
Merienda de la tarde	0.01	Mayor padecimiento en zona rural por menor consumo
Hábitos alimentarios		
Adición de sal	0.03	Mayor padecimiento en mayor adición en zona rural
Consumo de agua	0.1	No existe
Endulzantes	0.06	No existe

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla 27 expone los resultados de la comparación del padecimiento de enfermedades cardiovasculares con los estilos de vida y hábitos alimentarios según la zona de procedencia de

los encuestados. En ella se aprecia que existe una mayor diferencia estadística en estas enfermedades en zona rural asociado con la no realización de merienda de la mañana ($p=0.02$), almuerzo ($p=0.02$), merienda de la tarde ($p=0.01$) y la adición de sal ($p=0.03$).

Las otras variables estudiadas no presentaron resultados para considerar diferencia estadísticamente significativa. Con lo anterior, se concluye la exposición de los resultados de la investigación; razón por la que se procede a analizar y discutirlos.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación, se presenta la discusión e interpretación de los resultados obtenidos, de acuerdo con cada uno de los objetivos planteados para la investigación, y en función de los datos obtenidos y presentados en el anterior capítulo.

5.1.1 Perfil sociodemográfico de los adultos mayores de la zona rural y urbana

En la zona urbana y rural predomina la población entre las edades de 65 a 69 años, la minoría de la población en zona rural se encuentran con más de 80 años, en la zona urbana está entre los 75 y 79 años, en nuestro país los costarricenses vivirán en promedio, hasta los 82.2 años. El promedio de ambos sexos es de 79.6, el promedio de esperanza de vida al nacer en la década de 1950 a 1959 era de 55.59 años, durante esa década este indicador aumentó 8.66 años y para la última década el aumento fue de 0.79 años, pasa de manera similar en otras latitudes, donde el ritmo de crecimiento es menor (Reyes & Ortiz, 2020).

En la zona urbana, la mayor parte de los encuestados tienen una escolaridad de primaria incompleta y la minoría universidad incompleta. La zona rural por su lado reportó una mayoría de universidad completa y minoría secundaria incompleta. La educación es uno de los factores asociados a la salud y calidad de vida en la vejez. Los niveles bajos de educación y alfabetismo muchas veces llevan a limitaciones en los roles de género, en la pobreza y sobre todo en el acceso a los sistemas de protección social, se puede decir, que la alta escolaridad protege a la persona de riesgos específicos para su salud (Soria, Rodríguez, Medina, & Cabrera, 2020).

El resultado de la condición socioeconómica para ambas zonas el mayor predominio de encuestados vive con su familia y la minoría vive solo, resultados similares se presentaron en un estudio en el cual se encontró que más de la mitad de los adultos mayores viven acompañados de algún familiar y reportan que menos de 50% viven con un familiar, en su estudio refiere que 10% de los hombres y 13% de las mujeres viven solas (Díaz & Torres, 2017).

Respecto al estado civil la población urbana presenta mayor número de casados y la minoría viven en unión libre, en la zona rural se reportó una mayoría de casados y minoría de divorciados, en estas personas a la hora de alimentarse se presenta una influencia directa de la familia, redes sociales y su situación económica. La familia es identificada como el principal acceso a estar en compañía, brindando su protección social y presentando un rol fundamental en la alimentación de las personas mayores, relacionado especialmente con la satisfacción de esta necesidad básica, al igual que su situación económica (Troncoso et al, 2017).

La condición de vivienda ambas zonas presenta similitudes en cuanto a habitar en vivienda propia y alquilada con la diferencia que en la zona urbana no se reportaron casos de viviendas prestadas, se ha demostrado que la seguridad de tener una vivienda en buenas condiciones propicia en el adulto mayor una mejor calidad de vida, la seguridad dentro de las viviendas puede ser un factor de protección de la salud al disminuir accidentes y reducir el estrés, hechos que pueden garantizar un apoyo durante la vejez (Garay, Montes de Oca, & Hebrero, 2015).

En la mayor parte de la población rural y urbana la obtención de los ingresos proviene de a pensión y una menor parte son asalariados, así mismo los ingresos en los que se valoró rangos de entre 200 y 400 mil colones, menos de 200 mil y más de 400 mil en ambas zonas son similares. La mayoría de los adultos de 65 años y más en Costa Rica reciben una pensión, sin

embargo, la menor participación de las mujeres en el mercado laboral se refleja en una menor cobertura de pensiones contributivas. (Medellín, Patriacia, & Mauricio, 2019).

La edad típica para recibir una pensión contributiva o no contributiva es de 65 años, aunque algunas personas las pueden recibir con antelación. Un tercio de las personas de 65 años y más no reciben ninguna pensión 48% reciben una pensión contributiva y 18% una pensión no contributiva. Una pensión contributiva promedio equivale a 325 mil 250 colones por mes, un valor considerablemente más alto que los 78 mil colones que recibe la gran mayoría de las personas en el régimen no contributivo (Medellín, Patriacia, & Mauricio, 2019).

El último aspecto contemplado dentro del perfil sociodemográfico son los lugares de adquisición de carnes, frutas y verduras. En el caso de la zona urbana y rural las carnes en su mayoría son compradas en el supermercado y minoritariamente en la feria del agricultor, mientras que se observan diferencias en la adquisición de las frutas y vegetales la zona urbana las tienden a comprar en la feria del agricultor y menor medida en el supermercado, y en la rural las compran en su mayoría en el supermercado y la minoría cuentan con huerta casera.

Este aspecto influye en las preferencias que tenga la población para realizar las compras de los alimentos además del acceso a estos, si están disponibles en la zona y la condición económica a la hora de comprar ciertos productos. La compra de los alimentos se ve influenciada por prácticas y creencias culturales o por la asignación de los alimentos dentro del hogar, las familias que viven cerca de los supermercados de alimentos tienen un acceso permanente y fácil a alimentos más económicos y una dieta más variada, mientras que las personas que viven lejos de los supermercados por lo general tienen menos posibilidades para elegir sus alimentos (Organización de la Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura, 2020).

5.1.2 Principales patologías que presentan los adultos mayores de la zona rural y urbana

Al comparar las muestras se aprecia que hay mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular, dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus en la zona rural con respecto a la zona urbana, la prevalencia de la diabetes aumenta con la edad, la mitad de estos pacientes son adultos mayores y constituye una amenaza durante el envejecimiento. Además, en personas mayores de 65 años se calcula que hasta el 20 % padece de diabetes, 50 % intolerancia a la glucosa y en la mitad no se ha diagnosticado constituyendo un gran problema de salud pública (Leitón, Villanueva, & Fajardo, 2018).

Un estudio realizado en Brasil concuerda con los datos obtenidos en esta investigación en el cual señala entre las principales enfermedades la hipertensión presenta mayor prevalencia, seguido de hipercolesterolemia, artritis, osteoporosis y diabetes. En otros estudios la hipertensión fue considerada la enfermedad crónica no transmisible de mayor prevalencia en ancianos, seguido de otras patologías. Su prevalencia llega a más del 50% para ancianos entre 60 y 69 años y en los ancianos con más de 70 años, llega al 75% (Santos, Brandt, Ribeiro, Falcão, & Simões, 2020).

En Ecuador las enfermedades derivadas de la dislipidemia ocupan un 13,6% siendo una de las mayores indicadores de muerte en poblaciones vulnerables como de adultos mayores, el sexo también influye en este estudio afecta a los hombres entre los 45-54 años y las mujeres entre 55 y 64 años el 19,3% presentan dislipidemias mixtas (Peña C. S., 2017).

Existe mayor número de adultos mayores rurales que padecen las enfermedades en comparación con los urbanos de esta investigación, de acuerdo a la OPS, hay circunstancias que inciden en

la salud y la atención sanitaria en las comunidades rurales que se caracterizan por su pobreza, falta de transporte, recursos limitados para comprar alimentos, medicamentos y seguro médico, falta de recursos y tiempo para invertir en el cuidado de su salud física y en actividades de prevención, además en las comunidades rurales a menudo hay escasez de profesionales y establecimientos de atención de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

El padecer múltiples enfermedades produce una situación de salud que demanda tratamientos prolongados y variados llevando al adulto mayor a polifarmacia, la cual se define como el uso de cuatro o más fármacos en forma simultánea en una sola persona, este uso excesivo provoca altos porcentajes de efectos desfavorables en capacidad de suplir necesidades básicas, asociándose con malos indicadores de salud prevenibles, desencadenando presencia de síndromes geriátricos, y por consiguiente aumentando gastos de salud del paciente, familia y sociedad (Sánchez R. J., 2019).

5.1.3 Estilo de vida los adultos mayores de la zona rural y urbana

Con respecto al consumo de alcohol en ambas zonas la mayoría indicó nunca consumirlo. En el caso del fumado, la gran mayoría no fumada mientras, dicha condición es mayor en la zona urbana que en la rural. En los adultos mayores, demasiado alcohol puede provocar problemas de equilibrio y caídas, lo cual puede ocasionar fracturas de cadera o brazo y otras lesiones. Las personas mayores tienen huesos más delgados que las personas jóvenes, por lo que sus huesos se quiebran más fácilmente. Los estudios demuestran que la tasa de fracturas de cadera en adultos mayores aumenta con el consumo de alcohol (National Institute on Anging, 2020).

En relación a las horas de sueño la mayoría indicó que duermen entre 5 y 8 horas, una nueva investigación presentada en Munich muestra que las siestas diurnas de más de 1 hora incrementan el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 un 45%. El sueño es un componente importante en una vida saludable, junto con una buena dieta y la actividad física, se reveló que una siesta más larga (≥ 60 min / día) aumentó significativamente el riesgo de diabetes tipo 2 en un 45% en comparación con no dormir siestas durante el día. Por el contrario, una siesta más corta (< 60 min / día) no plantea amenaza alguna (Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes, 2016).

En cuanto a la actividad física en las dos zonas la mayoría no realiza, por otro lado, la caminata es la más realizada y los aeróbicos la menos realizada, el adulto mayor mantiene sus costumbres y estilo de vida previos, cabe mencionar que el 90% de adultos mayores no inicia actividades que no haya realizado antes, en el área urbana, el adulto mayor inicia un proceso de desvinculación del aspecto familiar y laboral con mayor velocidad, de esta manera los AM de esta área presentan menor calidad de vida en la dimensión de actividades del pasado, presente y futuro, en comparación con los del área rural, los cuales siguen realizando actividades que acostumbraban en etapas anteriores (Hernández, Chavez, & Carreazo, 2016).

5.1.4 Hábitos alimentarios de los adultos mayores de la zona rural y urbana

En relación a los hábitos alimenticios de la población estudiada se puede observar una tendencia similar en ambas zonas, siendo el desayuno y la cena los tiempos de comida más realizados durante el día y las meriendas y almuerzo los menos realizados, no obstante, en la zona rural existe un menor consumo de los tiempos de comida en comparación con la zona urbana.

Un estudio acerca del número de comidas fraccionadas durante el día, en adultos mayores no institucionalizados mayores de 65 años establece que los adultos mayores fraccionan su alimentación en tres tiempos de alimentación al día, manteniendo un apetito adecuado, consumiendo una dieta libre y sin dificultad para su deglución, situación similar resultó de otro estudio el cual demostró que ingieren a lo menos tres tiempos de comidas, se destaca la omisión especialmente del horario de cena, reemplazándolo generalmente por un lácteo y pan (Troncoso et al, 2017).

Con respecto al consumo de agua la zona rural evidenció un mayor consumo y en ambas zonas la mayoría indico tomar entre 3 y 4 vasos de agua, parte de los procesos normales de envejecimiento incluyen cambios en los mecanismos homeostáticos con alteración en el balance hidroelectrolítico que afectan de forma negativa al individuo y aumentan la morbi/mortalidad constituyendo uno de los principales problemas clínicos en personas mayores (Reyes & Ortiz, 2020).

En ambas zonas refieren no realizar la adición de sal a las comidas, cabe destacar que la zona urbana es la que realiza esta práctica en mayor medida, esto concuerda con varios estudios sobre el consumo de sal, los cuales encontraron que un gran porcentaje de adultos mayores tiene el hábito adecuado de no agregar sal a los alimentos una vez servidos en la mesa (77%), y esto es similar a lo encontrado en otro grupo de adultos mayores de Lima (75.7%) y en la población colombiana donde el 81 % también practican dicho hábito (Sifuentes, 2016).

Al consultar por el endulzante utilizado la mayoría utiliza azúcar, seguido de edulcorantes y en menor proporción miel, el consumo de azúcar tiende a ser mayor en la zona urbana que en la rural, según la OMS se recomienda reducir el consumo de azúcares libres a menos de 10% de

la ingesta energética diaria y por debajo de 5% para obtener beneficios para la salud tales como como mantener un peso adecuado, prevenir enfermedades como la diabetes y la obesidad (Mardones, Villagran, & Petermann, 2020).

La OMS explica que los azúcares libres son los monosacáridos y disacáridos añadidos a los alimentos por los fabricantes de productos, los cocineros o los consumidores, están incluidos los azúcares presentes de forma natural en la miel o los jarabes, las grandes ingestas de azúcares libres ponen en peligro la calidad nutricional de la dieta al aportar muchas calorías sin nutrientes específicos, lo que produce un aumento de peso y el desarrollo de diversas enfermedades no transmisibles (Organización Mundial de la Salud, 2019).

En la zona rural el consumo de edulcorantes presentó una mayor incidencia, los edulcorantes no calóricos representan una buena alternativa para sustituir los sabores dulces sin la respuesta fisiológica que genera el consumo de azúcares. Por sí solos no son herramientas para el control de peso. Su consumo debe ir acompañado de una dieta correcta y un estilo de vida saludable que incluya actividad física, su función primordial es proporcionar el agradable sabor dulce sin el aporte energético (Aldrete, López, & Zuñiga, 2017).

En cuanto a la condición de dentadura en ambas zonas presentan adultos mayores con la mayoría de dientes, la minoría manifiesta estar sin la mayoría de dientes, los hábitos alimentarios pueden cambiar debido a la dificultad para masticar a causa de la pérdida de piezas dentales o el mal estado de las mismas, por lo que se eligen alimentos fáciles de masticar y se resta importancia al valor nutricional (García, 2017).

La frecuencia de consumo de lácteos se observó que el consumo de leche descremada es mayor en la zona urbana que en la rural y el caso de la rural es más consumido el queso Turrialba que en la urbana, las proteínas de elevado valor biológico presentes en los lácteos podrían prevenir la pérdida de masa magra (sarcopenia) tan frecuente y de alto impacto en la calidad de vida del adulto mayor. Diferentes estudios han asociado la ingesta de lácteos con un efecto protector cardiovascular y de disminución en las cifras de presión arterial (González & Haye, 2016).

De acuerdo a lo anterior existe evidencia de alteraciones del metabolismo del calcio en individuos con hipertensión arterial, que pueden ser debido al bajo consumo de calcio en la dieta, por lo cual se ha demostrado que la administración de suplementos dietéticos de calcio reduce la presión arterial en individuos hipertensos, Además, los lácteos en especial los que son altos en grasas o que contienen sal, no son recomendados en sujetos con hipertensión (Durán & Leslie, 2019).

En la zona urbana es mayor el consumo de carne de res, pollo, cerdo, pescado y atún. En el caso de los embutidos y huevos, su consumo en ambas zonas es similar. Los ancianos, en general, necesitan más proteína en la dieta que los adultos jóvenes; sin embargo, los ancianos usualmente comen menos alimento, incluido menos proteína, muchos desayunan alimentos ricos en hidratos de carbono y bajos en proteína, lo que favorece aún más la dislipidemia en este grupo de edad (Amador, Moreno, & Martínez, 2018).

La Sociedad de Medicina Geriátrica de la Unión Europea recomienda ingerir de 1,0 a 1,2 g de proteína/kg de peso/día para mantener la masa y función muscular, además de individualizar los requerimientos de una manera segura y tolerada. El tipo de proteína ingerida también influye en la síntesis, la proteína de alto valor biológico es más completa en aminoácidos esenciales,

principalmente de leucina que es indispensable porque se metaboliza en células del músculo pero se requieren 14 mg/kg de peso al día que difícilmente cubren los adultos mayores (Peña, Bustamante, & Ramírez, 2015).

En general, la recomendación de proteína dietética sería del 15-20% de las calorías totales de la dieta para ancianos sanos. Se sabe que incrementar la proteína en la dieta mantiene músculos saludables en los ancianos, y por ello las recomendaciones para el consumo de proteína deberían estar bien dirigidas. Por ejemplo, se recomienda de 25-30 g en cada una de las tres principales comidas (desayuno, comida, cena) (Amador, Moreno, & Martínez, 2018).

En cuanto al consumo de harinas en ambas zonas, se aprecia que los alimentos de mayor consumo son el arroz blanco, leguminosas y el pan blanco y los cereales integrales son los menos consumidos. Varios estudios han mostrado que las ingestas elevadas de pan y cereal integral, se asocian con una disminución de entre el 20-30% del riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular, además de patologías intestinales, además de mejorar los niveles plasmáticos de glucosa e insulina (Bueno, 2019).

La leguminosas son más consumidas en la zona rural, el importante contenido de fibra dietética de las leguminosas (frijoles, lentejas, arvejas, garbanzos), el bajo índice glicémico y la presencia disminuida de grasas saturadas pone de manifiesto la importancia de incorporar las leguminosas a la dieta de aquellas personas con riesgo elevado de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes e hipertensión arterial (Ramírez & Román, 2018).

En cuanto al consumo de frutas y vegetales se observa que el consumo fresco natural de frutas de manera semanal tienen resultados similares en ambas zonas, el consumo de frutas frescas es

mayor en la zona urbana, en la zona rural se tiene un menor consumo diario de vegetales crudos y entre los vegetales cocidos ambas zonas presentan alto consumo de los mismos. Un estudio realizado en Estados Unidos, refiere que la mayoría de los países latinoamericanos ha disminuido el consumo de frutas, verduras, legumbres y cereales integrales, los cuales han sido reemplazados por grasas, carbohidratos refinados y alimentos procesados (González & Haye, 2016).

Los alimentos menos consumidos son las comidas rápidas, helados, golosinas y la repostería, según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) las personas mayores priorizan la dieta mediterránea, la comida casera y los alimentos naturales sobre alimentos preparados, caterings y comida rápida. Sin embargo, está registrándose un lento crecimiento, pero constante del consumo de comida rápida (Gómez, Cervantes, & Moreno, 2018).

Los líquidos de mayor consumo son el café o té y los sobres de refresco, por otro lado, las menos consumidas son las bebidas alcohólicas y gaseosas, se ha reportado que el consumo de bebidas endulzadas en adultos se asocia con mayor riesgo de tener diabetes o glicemia elevada en comparación con los no consumidores, un estudio en población Tailandesa encontró que las consumidoras de más de una porción de bebidas endulzadas al día, en comparación con las consumidoras ocasionales, se asociaba con el riesgo de presentar diabetes (Hugo et al, 2018).

En cuanto a los tipos de cocción utilizados por los adultos mayores a la hora de preparar las carnes en la zona rural destaca el uso de la fritura mientras que en la zona urbana predomina el uso de la cocción hervida. El exceso de frituras favorece el sobrepeso y las patologías cardiovasculares. Por su aporte de grasa, contribuyen al aumento del colesterol, triglicéridos y del porcentaje de grasa corporal, la alta densidad energética de estos productos hace que consumirlos

de manera frecuente se relacione con un patrón de alimentación más desequilibrado y un riesgo elevado de desarrollar sobrepeso u obesidad, exceso de grasa corporal y ciertos tipos de cánceres (Callejo, 2018).

Los métodos de preparación pueden modificar el contenido de grasa en los alimentos. En este sentido, cabe destacar a la fritura como un método de cocción muy usado en nuestra cultura culinaria pero que incrementa considerablemente el contenido de grasa de los alimentos (Farrán, 2020).

El análisis bivariado de esta investigación buscó la comparación de las variables en estudio para determinar sus relaciones. En primer lugar, se valoró la significancia de la diferencia entre la incidencia de padecimiento de las patologías contempladas. Al realizar esa valoración, se encontró que la incidencia del padecimiento de hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares es significativamente superior en la zona rural que en la urbana. Por otro lado, la diabetes mellitus y la dislipidemia no demostraron tener una diferencia entre ambos.

Según refiere Constantino & López las zonas rurales van a presentar mayor incidencia de padecimiento cardiovasculares asociados con factores educativos, culturales, económicos y alimentarios. Según relatan, ellos encontraron en su estudio que la falta de una adecuada educación alimentaria resultaría como un alto factor de riesgo en el aumento de prevalencia de hipertensión arterial y eventos cerebrovasculares en adultos mayores (Constantino & López, 2019).

Por otro lado, Quintanilla despliega en su investigación una valoración exhaustiva de las razones que inciden en las poblaciones rurales sobre el padecimiento de enfermedades del corazón. La autora rescata que, aunque la mayoría de la población de estas zonas tiende a presentar una

alimentación más equilibrada y una actividad física más constante; las jornadas laborales y el tipo de oficios que desempeñan resultan en un desgaste mayor del sistema cardiovascular (Quintanilla, 2019).

Además, la autora refiere que, aunque en muchas ocasiones los estilos de vida de una zona urbana son más estresantes y en jornadas ampliadas; el desgaste físico del tipo de trabajo tiene repercusiones más significativas en quienes laboran en zonas rurales. Por otro lado, inciden estilos de vida más riesgosos como el consumo de alcohol, fumado y tipo de alimentación (Quintanilla, 2019).

Las evidencias recabadas plantean que los encuestados de la zona rural tienen una mayor incidencia al padecimiento de patologías cardiovasculares por los hábitos alimentarios y estilos de vida que estos han llevado durante su vida. Es importante destacar que según los resultados de esta investigación se apreció que estos participantes refieren un grado educativo superior al de la zona urbana e inclusive ingresos superiores.

Lo anterior se contrapone con lo expuesto por Constantino & López (2019) quienes justifican estos fenómenos con grado educativo y acceso alimentario. Si bien es cierto, esta investigación no contempló variables como la educación nutricional o seguridad alimentaria de los adultos mayores, hay un aspecto de gran relevancia y es la prestación de servicios de salud que estos han recibido.

Según lo recabado al consultar por la asistencia a la consulta nutricional, se observó que los habitantes de zona rural tienen una menor asistencia en comparación con quienes residen en la zona urbana. Ahora bien, si bien es cierto esta prestación de servicios no garantiza una adecuada

formación educativa referente a la alimentación, sí indica una mayor preocupación por la salud preventiva y aseguramiento de calidad de vida durante la vejez.

Lo anterior, expone a la investigación la importancia de contemplar si los indicadores valorados concuerdan con el acontecer internacional investigativo. Al comparar los estilos de vida de los encuestados, se encontró que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de estudio; siendo los habitantes de la zona urbana quienes inciden más en el fumado mientras que los de la rural inciden más en horas de sueño y realización de actividad física.

Pérez, F. et al. (2017) mencionan en su investigación que los principales factores de riesgo que inciden más en la población adulta mayor de una zona urbana en comparación con una rural es la baja actividad física, fumado y alteraciones en el ciclo circadiano. Esta afirmación permitiría hipotetizar en que los habitantes de la zona rural deberían presentar una menor incidencia en el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles. (Pérez, y otros, 2017)

No obstante, las pruebas estadísticas reflejan lo contrario en esta investigación. Sin embargo, al hacer revisión de lo evidenciado por Alé, M. C., et al. (2019) se encuentra un aspecto de gran relevancia, los autores mencionan que al haber inadecuados estilos de vida en la población de adultos mayores, sus perfiles lipídicos se elevarán y a su vez, promoverán la aparición temprana de padecimientos cardiovasculares, si bien es cierto, esta investigación no realizó la evaluación de perfiles bioquímicos sanguíneos de sus participantes, sí consultó por el padecimiento de dislipidemia, se observó que en la zona rural referían un mayor padecimiento en comparación con los de la zona urbana. (Alé, y otros, 2019)

Aun cuando la valoración comparativa de esta enfermedad con la zona de residencia de los participantes no arrojó diferencias significativas, sí hay más casos en la zona rural. Dicha afirmación podría relacionarse directamente con la razón por la cual en estos encuestados la incidencia sí sea significativamente mayor. Es de conocimiento para la investigación que las alteraciones en los valores de triglicéridos y las lipoproteínas como LDL, HDL y VLDL promoverán que la densidad del plasma sanguíneo sea mayor y por consiguiente, las musculaturas venosas y arteriales deban engrosarse para trasladar la sangre a cada célula.

Esta condición, incidirá directamente sobre un repunte en el desencadenamiento de padecimientos cardiovasculares como los indagados en esta investigación. Ahora bien, al conocer que los habitantes de la zona rural presentan más estos trastornos metabólicos justificarían la razón del mayor padecimiento de hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.

Cabe destacar, que las dislipidemias normalmente están asociadas con el consumo de ciertos fármacos, trastornos endocrinos e inadecuados hábitos alimentarios. Al revisar la tabla 10, se aprecia que los habitantes de la zona rural son quienes más consumen salicilatos, familia farmacológica que promueve el aumento de triglicéridos y colesterol total en la sangre. Dicho factor permitiría a la investigación justificar la mayor incidencia de padecimientos cardiovasculares en la zona rural. No obstante, no se puede dejar de lado que Alé, M. C., et al. (2019) indica que la alimentación tendrá una gran importancia sobre el perfil lipídico de los encuestados.

Según evidencia la tabla 27, el uso de edulcorantes y los tiempos de comida de los habitantes de la zona urbana es significativamente más regular que en la zona rural. Además, se debe

resaltar que en la zona rural hay una adición más significativa de sal a los alimentos preparados y consumo de agua. Si bien es cierto, no hubo una evaluación de cual grupo presentó una alimentación más adecuada; los resultados anteriores pueden indicar que en la zona urbana estos son más adecuados. Basados en esta afirmación, es esperable que el perfil lipídico de los encuestados en la zona rural se encuentren más alterados.

Por otro lado, al hacer una revisión de los alimentos consumidos por los encuestados, se evidencia que en la zona urbana hay un mayor consumo de productos altos en fibra, menos procesados y con menor contenido de grasa. Estos resultados en conjunto con los hábitos alimentarios respaldarían que la zona rural presente mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares. Según lo comentado por Pérez, F. et al. (2017), las alteraciones en perfiles lipídicos en sangre y un consumo elevado de sodio son características más esperables en poblaciones de zonas rurales. Esta condición favorecería la presencia de males cardiacos especialmente en adultos mayores.

Los resultados evidenciados y sus análisis facultan a la investigación para determinar que la utilización de salicilatos e inadecuados hábitos alimentarios en los encuestados de la zona rural propiciarían el desbalance de los lípidos sanguíneos. En presencia de un desequilibrio en este sistema metabólico, afectaría directamente la detonación de hipertensión arterial y otras enfermedades asociadas al sistema cardiovascular.

Cabe destacar, que, aunque las zonas urbanas podrían tener factores de riesgos más significativos para el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles, la asistencia a controles médicos y potencial mayor educación alimentaria representan un factor de protección

en ellos. Lo anterior, representaría un gran aporte a uno de los objetivos nutricionales de la prevención de la aparición de estos padecimientos.

No se puede dejar de lado que estas condiciones podrían representar una oportunidad para el mejoramiento de la intervención nutricional de adultos mayores de zonas rurales, ya que inclusive los resultados trivariados reflejan resultados que brindan más peso a la comparación de dos variables.

Teniendo claro las principales consideraciones de los resultados del proceso investigativo, se procede a realizar la postulación de las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las principales conclusiones a las que llega la investigación, en función a los objetivos planteados.

- Al comparar el estilo de vida, los hábitos alimenticios y patologías en AM de la zona rural y urbana se encuentra que la hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares son relativamente superiores en la zona rural. Por otro lado, la diabetes mellitus y la dislipidemia no demostraron tener una diferencia, la falta de una adecuada educación alimentaria resultaría como un alto factor de riesgo en el aumento de las mismas, así como ciertos hábitos alimentarios como un consumo de alimentos altos en grasa, azúcar, alimentos procesados y bajos en fibra que se presenta en menor medida en la zona urbana y estilos de vida como la realización de actividad física, consumo de alcohol y cigarrillos que en ambas zonas es bajo.
- El perfil sociodemográfico de los entrevistados, en la zona urbana y rural predomina la población entre las edades de 65 a 69 años, la mayoría habita con su familia en casa propia, en la zona rural predomina los adultos que terminaron sus estudios.
- En cuanto a la prevalencia patologías asociadas a la edad se evidencia que hay una mayoría de adultos mayores en la zona rural con enfermedad cardiovascular, dislipidemia, hipertensión arterial y la diabetes mellitus con respecto a la zona urbana.

- En relación al estilo de vida de la población en ambas zonas los resultados son parecidos muy pocos adultos consumen alcohol y cigarrillos, sin embargo, la mayoría de los adultos de ambas zonas realizan muy poca actividad física.
- Los hábitos alimenticios de la población presentaron similitudes, el desayuno y la cena los tiempos de comida más realizados durante el día y las meriendas y almuerzo los menos realizados, poseen un alto consumo de agua, no adicionan sal a la comida, un bajo consumo de comidas rápidas y gaseosas y un alto consumo de carnes blancas, pan y arroz.
- Los AM de zona rural tienen una mayor incidencia de patologías cardiovasculares por los hábitos alimentarios y estilos de vida, los principales factores de riesgo que inciden más en la población adulta mayor de una zona rural en comparación con una urbana es la baja actividad física, fumado y alteraciones en el sueño, así mismo al haber inadecuados estilos de vida sus perfiles lipídicos se elevarán y a su vez, promoverán la aparición temprana de padecimientos cardiovasculares.
- Los resultados con los hábitos alimentarios se evidencia que en la zona urbana hay un mayor consumo de productos altos en fibra, menos procesados, con menor cantidad de grasa lo que respaldarían que la zona rural presente mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares, en la zona urbana se ve una alimentación más adecuada de este modo es esperable que el perfil lipídico de los encuestados en la zona rural se encuentren más alterados.

6.2 RECOMENDACIONES

- Realizar la valoración antropométrica (peso, talla, circunferencia de pantorrilla, circunferencia braquial) para de esta manera tener una información más confiable del estado nutricional actual del adulto mayor.
- Valorar la inclusión en la investigación la posibilidad de que el adulto reconozca las porciones que consume de cada alimento y así tener un resultado más específico.
- Identificar el nivel de educación nutricional de la población estudiada, con el fin de determinar el grado de conocimiento en temas relacionados a la nutrición de acuerdo con su edad y las patologías que padezcan y de esta manera saber si la persona por desconocimiento no lleva a cabo hábitos saludables de vida.
- Evaluar a fondo el grado de actividad física, la intensidad, la duración y desde cuando práctica para de esta manera conocer si la falta de actividad física está ligado a las enfermedades que presenta y si realiza que tanto está controlada su enfermedad con el ejercicio.
- Conocer antecedentes heredofamiliares relacionados con las patologías que presentan los adultos mayores, para así saber que enfermedades está propenso el adulto a desarrollar si no pone en práctica ciertos hábitos y estilos de vida saludables.
- Para futuras investigaciones conocer el consumo de grasas en la población para así tener una idea de si su alto o bajo consumo está relacionado con la incidencia de enfermedades

cardiovasculares y dislipidemia, además de su consumo de comida rápida, alimentos con alto contenido de grasa y tipos de cocción utilizados.

BIBLIOGRAFIA

- Adicciones y problemas psiquicos. (2020). Obtenido de CAT Barcelona: <https://www.cat-barcelona.com/faqs/view/que-es-el-alcohol-y-que-efectos-produce/>
- Alé, M. C., et al. (2019). Niveles de colesterol no HDL en la población chilena y su asociación con enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus: estudio de corte transversal en Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. *Revista médica de Chile*, 147(11), 1365-1373.
- Amador, L. N. (2018). Ingesta de proteína, lípidos séricos y fuerza muscular en ancianos. *Nutrición Hospitalaria*.
- Albala, M. C. (2019). El envejecimiento de la población chilena y los desafíos para la salud y bienestar de las personas mayores. *Revista Médica Clínica los Condes*.
- Albuquerque, A. L. (2019). Determinantes de la satisfacción con la alimentación en adultos mayores chilenos. *Nutrición Hospitalaria*.
- Aldrete, V. J. (2017). Análisis de la evidencia disponible para el consumo de edulcorantes no calóricos. *Medicina Interna México*.
- Aquino, C. C. (2019). Relación entre índice de masa corporal y características sociodemográficas en adultos mayores de una institución geriátrica peruana. *MEDISAN*.
- Barrón, V. R. (2017). Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile. *Revista Chilena de Nutrición* Vol. 44, No1, 2017.
- Bermúdez, L. J. (2016). Comorbilidades en los Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Instituto Nacional del Diabético,. *Imedpub Journal*.
- Boldova, L. A. (2018). Prevalencia e impacto de las comorbilidades en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Obtenido de EPOC SITE: <https://epocsite.net/biblioteca-epoc/revista-pubepoc-15/articulo-revision-prevalencia-impacto-comorbilidades-enfermedad-pulmonar-obstructiva/>
- Bueno, L. M. (2019). Pan, cereales integrales y salud. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*.
- Candás, E. B. (2019). Estrategia para el diagnóstico de las dislipidemias. *Revista del Laboratorio Clínico*.
- Cartagena, A. O. (2018). Bebidas endulzadas en adultos jóvenes y su asociación con adiposidad y riesgo metabólico. *Salud Pública de México*.
- Castañeda, T. C. (2018). Depresión y Estado Nutricional del Adulto Mayor en una Comunidad del Estado Mexicano de Zacatecas. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*.
- Castellanos, O. A. (2017). Prevalencia de comorbilidades en el paciente geriátrico. *Revista mexicana de anestesiología*.
- Castillo, J. T. (2018). Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. Vol. 13 - No 5, 363.
- CCSS. (2019). Obtenido de www.ccss.sa.cr.
- Colorado, C. E. (2019). Estilo de vida del adulto mayor con hipertensión arterial y su adherencia al tratamiento. *Memorias del Congreso Internacional de Investigación*.
- Constantino López, K. P., & López López, G. Y. (2019). Relación de dieta y estado nutricional en adultos mayores de comunidades rurales (Doctoral dissertation, Facultad de Ciencias de la Nutrición y Alimentos-Licenciatura en Nutriología-UNICACH).

- Chavarro, C. D. (2018). Factores asociados al estado nutricional en pacientes adultos mayores hospitalizados. *Acta Medica Colombiana*.
- Deossa, R. G. (2016). Evaluación nutricional de adultos mayores con el Mini Nutritional Assessment: MNA. *Universidad y Salud*.
- Díaz, J. A., T. G. (2017). Factor variable de corrección por radiación dispersa de la actividad. *Revista de Medicina e Investigación*.
- Dos Santos, T. D. (2016). Enfermedades autoreportadas en el adulto mayor: diferencias entre las áreas urbana y rural. *Revista Cubana de Enfermería*.
- (2016). Obtenido de Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes: <https://canaldiabetes.com/siestas-diabetes/>
- Encalada, T. L. (2019). Dislipidemia Y Estado Nutricional En Adultos Mayores Urbanos De La Sierra Ecuatoriana. *Revista Medica Ateneo*.
- Fernández, N. J. (2016). Multimorbilidad: bases conceptuales, modelos epidemiológicos y retos de su medición. *Revista Biomédica*.
- García, A. A. (2017). La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*.
- Gómez, G. M. (2018). en ancianos del ámbito rural frente al ámbito urbano. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*.
- Gough, P. A. (2015). El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *American Journal of Public Health*.
- González, I. M. (2015). Higiene del suelo en el anciano, una labor cercana a la enfermería.
- González, R. C. (2018). Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Revista de enfermedades no transmisibles finlay*.
- Gonzalez, S. H. (2016). Adulto mayor y envejecimiento. *Servicio Nacional de Adulto Mayor*.
- Gotera, J. L. (2019). Comportamiento epidemiológico de las dislipidemias en pacientes del Instituto de Investigaciones Endocrino-Metabólicas Dr. Félix Gómez, Venezuela. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. Vol. 14 - No 5,.
- Gutiérrez, M. C. (2019). Hábitos Alimentarios y Estado Nutricional en Adultos Mayores. *Cajamarca, Peru: Universidad Nacional de Cajamarca*.
- Hernández, G. A. (2015). Riesgo de malnutrición en una población mayor de 75 años no. *Nutricion Hospitalaria*.
- Hernandez, H. Y. (2016). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Revista Peruana de medicina experimental y salud publica*.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2020). Obtenido de Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/alcohol>
- Larriva, M. T. (2019). Factores Ambientales que influyen en el uso de espacio publico para la personas mayores en madrid. *REVISTA URBANO N° 40*.
- Leitón, E. Z. (2018). Relación entre variables demográficas y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus. *Salud Uninorte*. Barranquilla.
- Lifshitz, G. A. (2016). Sobre la “comorbilidad”. *Acta Médica Grupo Ángeles*. Volumen 14, No. 2.
- Lirola, E. M. (2015). La Circunferencia de pantorrilla fiel marcador de desnutrición en geriatría. *Universidad de Granada*.
- López, T. J. (2019). Insomnio: detección y tratamiento. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*.

- Maldonado, M. G. (2019). El estilo de vida de ancianos que viven con diabetes y caracterización de diagnósticos de enfermería. *Texto y Contexto Enfermagen*.
- Manzano, H. J. (2019). Estrés laboral, hábitos alimentarios y estado nutricional antropométrico en trabajadores administrativos y operativos de una clínica privada de Lima, 2018. Lima, Peru: Universidad Peruana Unión.
- Mardones, L. V. (2020). Consumo de azúcares totales y su asociación con obesidad en población chilena. *Revista Medica Chilena*
- Martínez-Espichán, Y., et al. (2017). Características de los factores de riesgo cardiovascular en una población urbana y rural de la selva peruana, julio-2014. *Horizonte Médico (Lima)*, 17(2), 38-42.
- Mill, F. E.-G. (2017). Estimación del índice de masa corporal con base en la circunferencia braquial, para pacientes con discapacidad permanente o transitoria. *Medicina de Familia - SEMERGEN*.
- Miranda, P. Y. (2018). Obesidad, resistencia a la insulina, anemia y azotemia en adultos mayores que viven sin restricciones en la comunidad. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*.
- Moreno, C. C. (2017). Comorbilidad y síndromes geriátricos en ancianos con depresión. *Psicogeriatría 2017*.
- National Institute on Drug Abuse . (2020). Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/cigarrillos-y-otros-productos-con-tabaco>
- Pantoja, T. C. (2017). Alimentación del adulto mayor según lugar de residencia. *Revista Horizonte Médico*.
- Papponetti, D. M. (2016). Diabetes mellitus en ancianos con comorbilidades. Obtenido de *Intramed Pérez, F. et al. (2017). Factores de riesgo cardiovascular en comunidades urbana y rural. Tinaquillo, Venezuela. Revista de Salud Pública, 19, 188-193.*
- OMS. (2015). Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=34687E2FA3551EA216D2E0EE6E2550AF?sequence=1
- OPS. (2020). Obtenido de <https://www.paho.org/hq/index.php?lang=es>
- Ministerio de Salud. (2018). Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr>
- Osuna, R. I. (2015). Estado nutricional en adultos mayores mexicanos: estudio comparativo entre grupos con distinta asistencia social. *Revista española de nutrición humana y dietética*.
- Pavía, A. A. (2020). Consenso de la Sociedad Mexicana de Cardiología en el diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias y aterosclerosis. *Revista Medicina Interna MEXICO*.
- Pemberthy, L. C. (2016). Conceptos actuales sobre el envejecimiento y la enfermedad cardiovascular. *Revista Colombiana de Cardiología*.
- (2020). Obtenido de Organización Mundial de la Salud : <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Peña, C. S. (2017). Prevalence and factors associated with dyslipidemia in adults in the urban parishes of the city of Cuenca, 2015-2016. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica* .
- Quintanilla Segura, K. (2019). Relación Del Estado Nutricional Con Los Hábitos Alimentarios, Estilos De Vida Y Enfermedades Crónicas No Trasmisibles De Familias Agricultoras De 30 A 60 Años De Una Zona Rural De Escazú, 2019.

- Rabat, R. J. (2010). Medidas Antropométricas. Obtenido de <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/sas/hantequera/promsalud/wp-content/uploads/sites/20/2015/03/Alimentación-y-medidas-antopométricas.pdf>
- Ramirez, B. C. (2018). SOBRE LOS ALIMENTOS CON ACTIVIDAD HIPOLIPEMIANTE. Revista Cubana Sobre Alimentación y Nutrición.
- (2020). Obtenido de National Institute on Anging: <https://www.nia.nih.gov/espanol/datos-factuales-sobre-envejecimiento-alcohol>
- Reyes, B. A. (2020). Conocimiento en nutrición, hábitos alimentarios y estado nutricional de adultos mayores en San Isidro del General, San José, Costa Rica 2019. Revista Hispanoamerica, Ciencias de la Salud.
- Reyes, H. G. (2018). Nivel del estado nutricional en el adulto mayor en casa de día. Memorias del Congreso internacional de Investigación academica Journals Tepic.
- Ruiz, L. J. (2020). Prevalencia de dislipidemias en pacientes obesos. Medisan.
- Samuel, S. E. (2018). Hipertensión en Adultos mayores. Foro Internacional de Medicina Interna.
- National Heart, lung and blood Institute . (2020). Obtenido de <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/espanol/epoc>
- Salamanca, R. E. (2019). Estado de salud de los adultos mayores de los Centros Vida. Chia Colombia.
- Sánchez Arias Andrea Guadalupe, M. E.-S.-O.-G. (2016). Enfermedad cardiovascular: primera causa de muerte en el hospital de tercer nivel . Revista mexicana de Cardiología .
- Sanchez, R. J. (2019). Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. Revision de literatura. Revista Salud Publica.
- Sandoval, S. E. (2018). Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en fanupe barrio nuevo – morrope 2017 . Pimetel, Peru .
- Santos, C. A. (2020). Viviendo en comunidad, envejeciendo de forma saludable. Enfermeria Global.
- Saúl, C. J. (2019). Hábitos de vida saludable como indicador personal y social. Calidad de la Educación N. 50.
- Segura, O. M. (2018). Percepción sobre la calidad de vida del adulto mayor. Memorias del Congreso Internacional de Investigación Academia Journals.
- Sifuentes, V. V. (2016). Los hábitos alimentarios y las redes de soporte social de los adultos mayores. Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social.
- Soria, A. A. (2020). Factores de riesgo asociados a las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles en los adultos mayores de la Parroquia Quisapincha. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.
- Tafur, C. J. (2018). Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. Revista Latinoamericana de Hipertensión. Vol. 13 - No 5.
- Tavares, d. S. (2016). Enfermedades autoreportadas en el adulto mayor: diferencias entre las áreas urbana y rural. Revista Cubana de Enfermeria.
- Tenorio, G. M. (2019). Nivel de autocuidado en el adulto mayor conn Diabetes Mellitus tipo 2. Memorias del Congreso Internacional de Investigación Academia Journals Celaya 2019.
- Troncoso, P. C. (2017). Perspectivas de adultos mayores sobre aspectos sociales que condicionan su alimentación. Gal Medica Bolivia.

- UCR, U. d. (2019). Obtenido de <https://www.ucr.ac.cr>
- Ventura, S. A. (2017). Estilos de vida: alimentación, actividad física, descanso y sueño de los adultos mayores atendidos en establecimientos del primer nivel, Lambayeque, 2017. Acc Cietna Vol. 6. N°1.
- Zacarias, I. (2020). Métodos de evaluación dietética. Obtenido de Food and agriculture Organization of the United Nations: <http://www.fao.org/3/AH833S11.htm>

ANEXOS

ANEXO N°1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Encuesta vía digital

Tema: Comparación del estilo de vida, hábitos alimenticios y patologías en adultos mayores que residen en zona rural y urbana durante el año 2020

Mi nombre es Diana Mora García, soy estudiante de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana y estoy realizando la tesis para optar por el grado de licenciatura.

Para la siguiente encuesta, se debe responder marcando dentro del espacio correspondiente la respuesta que usted considere, la cual está relacionada con los estilos de vida, hábitos alimentarios y enfermedades que padece la población adulta mayor.

Consentimiento informado

Propósito de la investigación:

El fin de esta encuesta es para comparar el estilo de vida, los hábitos alimentarios y patologías en la población adulta mayor de las zonas rurales y urbanas.

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

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

Cualquier duda o consulta puede comunicarse al teléfono 89149090, o al correo electrónico dimora_77@hotmail.com

a. Datos Sociodemográficos

1- Edad en años: _____

2- Lugar de residencia:

Tarbaca ()

Moravia ()

3- Sexo:

Femenino ()

Masculino ()

4- Cuál es su ocupación:

5- Estado civil:

Soltero ()

Casado ()

Divorciado ()

Viudo ()

Unión Libre ()

Otro: _____

6- Escolaridad:

Primaria incompleta ()

Secundaria completa ()

Secundaria incompleta ()

Universidad completa ()

Universidad incompleta ()

7- Con quien vive:

Esposa (0) ()

Hijo (os) ()

Solo (a) ()

Hermano (os) ()

Otro: _____

8- Condiciones de vivienda:

Propia ()

Alquilada ()

Prestada ()

Otro: _____

9- ¿Cuál es su fuente de ingresos?

Régimen no contributivo ()

Pensión ()

Ingreso propio ()

No recibe ingreso ()

Apoyo económico de familiar ()

10- ¿Cuál es su rango de ingresos?

Menos 200 mil colones ()

Entre 200-400 mil colones ()

Más de 400 mil colones ()

11- Lugar donde compra las frutas y verduras:

Pulpería ()

Supermercado ()

Huerta propia ()

Feria del agricultor ()

12- Donde compra las carnes:

Supermercado ()

Pulpería ()

Abastecedor ()

Feria del agricultor ()

Carnicería ()

b. Estilo de vida

1- Realiza actividad física

Si () no ()

Si su respuesta fue afirmativa siga las preguntas

2- Fuma

Si () no ()

3- Qué tipo de actividad física realiza

() Natación

() Ciclismo

() Caminata

() Aeróbicos

() Baile

4- Frecuencia con que realiza la actividad física

- Todos los días
 1 vez por semana
 2 veces por semana
 3 veces por semana
 Más de 3 veces por semana

5- Consume bebidas alcohólicas:

- Nunca
 Poco
 A menudo
 Siempre

Si su respuesta es afirmativa siga la siguiente pregunta

6- Cuantos cigarrillos consume al día

- Menos de 5
 Entre 5 y 10
 Más de 10

7- Cuantas horas que duerme diariamente

- Menos de 5
 De 5 a 7
 De 8 a 10

c. Hábitos alimentarios

1- ¿Cuáles tiempos de comida realiza al día?

- Desayuno
 Merienda am
 Almuerzo
 Merienda pm
 Cena
 Colación nocturna

2- Consumo de agua diario:

- Menos de 1 vaso (250ml)
 1-2 vasos
 3-4 vasos
 5-7 vasos
 Más de 7 vasos

3- Tipos de cocción de las carnes más utilizados:

- Asado
 Fritura
 Hervido
 Al horno
 A la plancha
 Al vapor

4- Generalmente quien prepara sus comidas: _____

5- Necesita ayuda para poder alimentarse:
 Si No

6- Agrega sal a la comida ya preparada:
 Si No

7- Para endulzar sus bebidas que utiliza en cuánta cantidad:

	1 cdtas	De 2 a 3 cdtas	Más de 4 cdtas	No utilizo
Azúcar				
Miel				
Edulcorante				

8- ¿Cuál (es) bebidas consume diariamente?

- Café
 Agua dulce
 Té

d. Antecedentes personales

1- ¿Cuál es la condición de su dentadura?
 Sin piezas dentales con prótesis
 Sin piezas dentales sin prótesis
 Mayoría sin dientes con prótesis
 Mayoría con dientes

2- Asiste a consulta nutricional:
 Sí No

3- Asiste a consulta médica:
 Sí No

- 4- Enfermedad crónica que padece:
 Diabetes Mellitus ()
 Hipertensión Arterial ()
 Enfermedad cardiovascular ()
 Dislipidemia ()

- 5- Hace cuanto padece la o las enfermedades:

Diabetes Mellitus: 1-5 años ()
 6-10 años ()
 Más de 10 años ()

Hipertensión Arterial: 1-5 años ()
 6-10 años ()
 Más de 10 años ()

dislipidemia: 1-5 años ()
 6-10 años ()
 Más de 10 años ()

Enfermedad cardiovascular:

1-5 años. ()
 6-10 años ()
 Más de 10 años ()

- 6- Especifique los medicamentos que consume para cada tipo de enfermedad que padece:

Enfermedad	Medicamento
Diabetes Mellitus	
Hipertensión Arterial	
Enfermedad cardiovascular	
Dislipidemia	

Por favor marque con una equis (X) la casilla que corresponda a la frecuencia con que usted consume el alimento mencionado a continuación.

Alimento	Nunca	Casi Nunca	A Diario	Semanalmente	Mensualmente
Productos lácteos					
Leche entera					
Leche descremada 0% grasa					
Leche semidescremada 2%					
Yogurt regular					
Queso blanco fresco (Turrialba)					
Queso amarillo					
Margarina o mantequilla regular					
Productos cárnicos					
Embutidos					
Carne de res					
Carne de pollo					
Carne de cerdo					
Pescado					
Atún					
Huevos					
Harinas, cereales					
Leguminosas (frijoles, garbanzos, lentejas)					
Pan blanco					
Arroz blanco					
Pasta					
Productos integrales					
Galletas María o soda					
Frutas y vegetales					
Vegetales cocidos (brócoli, zanahoria, chayote)					
Vegetales crudos (lechuga, repollo, tomate, chile dulce)					
Frutas frescas					
Fresco natural de frutas					
Dulces, golosinas, postres					
Helados regulares					
Galletas dulces y/o saladas					
Dulces y golosinas (azúcares simples)					

Repostería					
Comida rápida					
Bebidas					
Gaseosas					
Bebidas alcohólicas					
Sobres de refresco					
Café o té					

ANEXO N° 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
ESCUELA DE NUTRICIÓN
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
Teléfono:(506) 2241-9090

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: _____

Nombre del Investigador (a) Principal: _____

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

En esta sección se debe explicar quién está realizando la investigación, la institución a la que pertenecen, una breve justificación o motivación para realizar la investigación, la información que se pretende obtener, el tiempo que durará la investigación y el tiempo que durará la participación de las personas en la investigación. Procuré no usar un lenguaje técnico, debe estar redactado con un lenguaje sencillo pero correcto: utilice palabras que cualquier persona pueda entender (la recomendación es redactar para personas con sexto grado de escolaridad).

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

Describa de forma detallada los siguientes puntos:

1. En qué consiste la participación de la persona (cuáles mediciones se le harán, si tiene que llenar cuestionarios, consumir algún alimento, dónde tiene que presentarse, en cuáles condiciones debe asistir, etc.).
2. Qué es lo que tiene que hacer para participar en la investigación (cuáles son los requisitos que tiene que cumplir para poder participar).
3. A qué se compromete cuando acepta formar parte de la población de la investigación.
4. Durante cuánto tiempo va a participar en la investigación.

Ejemplo de una descripción correcta: Se le medirá el peso en una balanza, se le va a medir la estatura con el tallímetro que forma parte de la balanza, con cinta métrica se va a medir la circunferencia de su cintura. Además, llenará un cuestionario.

C. RIESGOS:

1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente: (describa y anote claramente, con lenguaje sencillo, todas las molestias e inconvenientes posibles –reales y potenciales-, así como riesgos para la salud física y mental, incluyendo el riesgo de la pérdida de privacidad, la incomodidad o ansiedad. No minimice nunca los riesgos).
2. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de esta investigación, los investigadores participantes realizarán una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

D. BENEFICIOS:

Si existiera algún beneficio directo: Como resultado de su participación en este estudio, el beneficio que obtendrá será (describa los beneficios reales para la persona que acepta participar en el estudio).

Cuando no exista ningún beneficio directo: Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, será posible que los investigadores aprendan más acerca de..... y este conocimiento beneficiará a otras personas en el futuro.

- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con el(la) investigador(a) (*nombre completo del investigador*) quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Si quisiera mayor información más adelante, puede obtenerla llamando al investigador a cargo al teléfono (*número*) en el horario (*horario de consulta disponible*). 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.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G.** 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.
- H.** 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.
- I.** 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.

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos)
fecha

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

Nombre, cédula y firma del padre/madre/representante legal (menores de edad) fecha

NOTA : Si el participante es un menor de 12 años, se le debe explicar con particular cuidado en qué consiste lo que se le va a hacer.


Se le recuerda que si va a trabajar con adolescentes de edades entre 12 y 18 años, debe elaborar fórmula de asentimiento informado.

ANEXO N° 3. DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo **Diana Mora García**, mayor de edad, portador de la cédula de identidad **número 1-1365-0308** egresado de la carrera de **Nutrición** de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de **Licenciatura en Nutrición**, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado:

Comparación del Estilo de Vida, Hábitos Alimenticios y Patologías en Adultos Mayores que residen en zona rural y urbana durante el año 2020 es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho 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; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. 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, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los **trece** días del mes de **octubre** del año dos mil **veinte**.



Firma del estudiante
Cédula 1-1365-0308

ANEXO N° 4. CARTA APROBACIÓN DEL TUTOR

San Jos de 22 de octubre 2020

Departamento de Servicios Estudiantiles
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

Estimados señores:

La estudiante Diana Mora García, cédula de identidad número 113650308, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "COMPARACIÓN DEL ESTILO DE VIDA, HÁBITOS ALIMENTICIOS Y PATOLOGÍAS EN ADULTOS MAYORES QUE RESIDEN EN ZONA RURAL Y URBANA DURANTE EL AÑO 2020" el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Nutrición.

He verificado que se han incluido las observaciones y 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.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL 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%	18
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL	100	98

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente,



Dra. Vanessa Maroto Vargas
CPN: 349-10

ANEXO N° 5. CARTA APROBACIÓN DEL LECTOR

San José, 14 de diciembre, 2020

Señores

Universidad Hispanoamericana

Sede Aranjuez

Estimados Señores

Como docente universitaria y en calidad de lectora de la tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Nutrición, titulada: **“COMPARACIÓN DEL ESTILO DE VIDA, HÁBITOS ALIMENTICIOS Y PATOLOGIAS EN ADULTOS MAYORES QUE RESIDEN EN ZONA RURAL Y URBANA DURANTE EL AÑO 2020”**, a cargo de la estudiante Diana Mora García; hago constar que he revisado y aprobado el documento, según los lineamientos académicos de la Universidad Hispanoamericana, para ser presentado como requisito final de graduación.

Atentamente,



Dra. Ingrid Cerna Solís. Nutricionista

CPN-Cód: 248-10

Profesora Universidad Hispanoamericana

ANEXO N° 6. CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

BIBLIOTECA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACIÓN

San José, 29 de enero de 2021

Señores:
Universidad
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

La suscrita Diana Mora García con número de identificación 1-1365-0308 autora del trabajo de graduación titulado *Comparación del estilo de vida, los hábitos alimenticios y patologías en adultos mayores que residen zona urbana y rural durante el 2020*, como requisito para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición, SI autorizo a la Biblioteca de la Universidad Hispanoamericana 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,

 Céd: 113650308
Firma y Cédula de Identidad

**ANEXO 1 (Versión en línea dentro del Repositorio)
LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR Y
PERMITIR LA CONSULTA Y USO**

Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional

Como titular del derecho de autor, confiero al Centro de Información Tecnológico (CENIT) una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, el autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito.
- b) Autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) a publicar la obra en digital, los usuarios puedan consultar el contenido de su Trabajo Final de Graduación en la página Web de la Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana
- c) Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.
- d) Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante el Centro de Información Tecnológico (CENIT) y ante terceros. En todo caso el Centro de Información Tecnológico (CENIT) se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.
- e) Autorizo al Centro de Información Tecnológica (CENIT) para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.
- f) Acepto que el Centro de Información Tecnológico (CENIT) pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.
- g) Autorizo que la obra sea puesta a disposición de la comunidad universitaria en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las "Condiciones de uso de estricto cumplimiento" de los recursos publicados en Repositorio Institucional.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT), EL AUTOR GARANTIZA QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.