

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE NUTRICIÓN

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

**“RELACIÓN ENTRE HÁBITOS
ALIMENTARIOS Y ESTILOS DE VIDA DE
PERSONAS ADULTAS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO
TRANSMISIBLES EN LA ZONA RURAL,
2018”**

SUSTENTANTE:

FABIOLA VALVERDE QUESADA

2018

Tabla de contenidos

Agradecimientos.....	10
Resumen ejecutivo	11
.....	13
CAPÍTULO I: PROBLEMA INVESTIGACIÓN.....	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1.1 Antecedentes del problema.....	14
1.1.2 Delimitación del problema.....	20
1.1.3 Justificación de la investigación	20
1.2 PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	22
1.3.1 Objetivo general.....	22
1.3.2 Objetivos específicos	22
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	23
1.4.1 Alcances de la investigación.....	23
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	23
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	24
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	25
2.1.1 Adulto mayor – envejecimiento.....	25

2.1.2 Situación sociodemográfica de la persona adulta mayor	26
2.1.3 Hábitos alimentarios	27
2.1.3.1 Hábitos alimentarios en el adulto mayor	28
2.1.3.2 Características de la alimentación	29
2.1.4 Estilos de vida	30
2.1.4.1 Estilos de vida saludable	31
2.1.4.2 Actividad física	32
2.1.4.3 Alcohol	32
2.1.4.4 Tabaco	34
2.1.4.5 Hábitos de sueño	34
2.1.5 Enfermedades crónicas no transmisibles	35
2.1.5.1 Enfermedades cardiovasculares	37
2.1.5.2 Dislipidemias	38
2.1.5.3 Hipertensión arterial	40
2.1.5.4 Diabetes mellitus	42
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	44
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	45
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	45
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO	45
3.3.1 Área de estudio	46

3.3.2 Población	46
3.3.3 Muestra	46
3.3.4 Criterios de inclusión y exclusión	47
3.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	48
3.4.1 Validez del cuestionario	48
3.4.2 Confiabilidad del cuestionario	48
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	48
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	49
3.7 PLAN PILOTO	53
.....	55
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	55
4.1 Análisis univariado de resultados	56
4.1.1 Características sociodemográficas de la población	56
4.1.2 Datos clínicos y estilos de vida de la población en estudio	59
4.1.3 Hábitos alimentarios de la población en estudio	66
4.2 Análisis bivariado de resultados	82
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	97
5.1 Discusión e interpretación de resultados	98
.....	109
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	110

6.1 CONCLUSIONES	111
6.2 RECOMENDACIONES	114
BIBLIOGRAFÍA	115
ANEXOS	130

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión	47
Tabla 2. Operacionalización de variables	49
Tabla 3. Características sociodemográficas de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.....	56
Tabla 4. Estilos de vida la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.....	62
Tabla 5. Condición dental y trastornos deglutivos según sexo de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018	63
Tabla 6. Relación de los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores con la diabetes mellitus	83
Tabla 7. Relación de los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores con la hipertensión arterial	85
Tabla 8. Relación de los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores con las dislipidemias.....	87
Tabla 9. Relación de los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores con las enfermedades cardiovasculares	89
Tabla 10. Relación de la frecuencia de consumo de las personas adultas mayores con las enfermedades crónicas no transmisibles	91
Tabla 11. Relación de los estilos de vida de las personas adultas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles	94

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Cantidad de personas que habitan con el adulto mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018	57
Figura 2. Tipo de ingreso económico que recibe la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018	58
Figura 3. Enfermedades crónicas no transmisibles que padece la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018	59
Figura 4. Consumo de alcohol de las personas adultas mayores de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018	60
Figura 5. Consumo de cigarrillos de las personas adultas mayores de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.....	61
Figura 6. Cantidad de horas que duerme la persona adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018	64
Figura 7. Siestas que realiza la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018	65
Figura 8. Tiempos de comida que realiza la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.....	66
Figura 9. Tipos de cocción utilizados por la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.....	67
Figura 10. Tipos de grasa utilizados por la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.....	68

Figura 11. Tipo de endulzante utilizado por la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.....	69
Figura 12. Consumo de sal que tiene la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018	70
Figura 13. Persona encargada de preparar los alimentos a la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018	71
Figura 14. Consumo de agua de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018	72
Figura 15. Frecuencia de consumo de productos lácteos de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018	73
Figura 16. Frecuencia de consumo de frutas de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.....	74
Figura 17. Frecuencia de consumo de vegetales de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018	75
Figura 18. Frecuencia de consumo de productos cárnicos de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.....	76
Figura 19. Frecuencia de consumo de alimentos fuente de carbohidratos de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.....	77
Figura 20. Frecuencia de consumo de productos azucarados de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.....	78
Figura 21. Frecuencia de consumo de bebidas de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018	79

Figura 22. Frecuencia de consumo de grasas de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.....	
Figura 23. Frecuencia de consumo de comidas rápidas de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.	81

Dedicatorias

A Dios, primeramente, por ser mi guía en cada paso que doy.

A mis familiares, porque son las personas más importantes en mi vida y mi inspiración para ser mejor cada día, ya que, con su amor, apoyo y motivación, me inculcaron los valores y me hicieron crecer como persona.

Agradecimientos

A Dios, por bendecirme cada día, por ser el pilar fundamental en mi vida y guiarme siempre.

A mi madre Carolina, por ser ese apoyo incondicional en mi vida y por permitirme llegar hasta aquí. Esto es por y para ella.

A mis abuelos maternos, quienes me han apoyado en cada momento de mi vida. A mi abuelo Antonio, quien desde el cielo me acompaña en cada momento de mi vida y es una de mis motivaciones para ser mejor persona cada día.

A mi familia, por estar siempre a mi lado.

A mi tutora Adriana Acuña y a mi lectora Vanessa Maroto, por el apoyo brindado durante este largo proceso.

¡Gracias!

Resumen ejecutivo

Objetivo general: Relacionar los hábitos alimentarios y los estilos de vida de personas adultas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles en la zona rural, 2018. **Metodología:** La investigación es de enfoque cuantitativo y tipo correlacional. La muestra es no probabilística y está conformada por 78 personas adultas mayores, donde predominan las mujeres (55 mujeres y 23 hombres). La población se evaluó mediante un cuestionario validado que incluía información sobre aspectos sociodemográficos, hábitos alimentarios y estilos de vida para determinar la relación de éstos con las enfermedades crónicas no transmisibles. **Resultados:** Se encontró relación entre el uso de sustitutos y la diabetes mellitus. En el caso de la hipertensión arterial, se relaciona con el método de cocción de asado y al horno, el uso de azúcar moreno y sustituto. Las enfermedades cardiovasculares se relacionan con el desayuno, la merienda de la mañana y el uso de edulcorantes como la miel. En cuanto a los estilos de vida, la DM se relaciona con las siestas que realizan las personas durante el día. En la HTA, existe relación con la condición de la dentadura, mientras las dislipidemias se relacionan con el consumo de alcohol y la condición de la dentadura. **Conclusiones:** Los resultados encontrados permiten concluir que existe relación entre hábitos alimentarios y enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares), así como con distintos estilos de vida.

Palabras claves: Características sociodemográficas, hábitos alimentarios, estilos de vida, enfermedades crónicas no transmisibles

Abstract

General objective: Relate feeding habits and lifestyle of older people with chronic noncommunicable diseases on the rural zone, 2018. **Methodology:** The research type is quantitative and correlation type. The sample it's not probabilistic and it is conformed of 78 older people, where women predominate (55 women and 23 men). The population was evaluated through a validated questionnaire about sociodemographic aspects, eating habits and lifestyles, to determine the relationship of these with chronic noncommunicable diseases.

Results: A relationship was found between the use of substitutes and diabetes mellitus. In the case of arterial hypertension, it is related to the cooking method of roast and baked, the use of brown sugar and substitute. Cardiovascular diseases are related to breakfast, morning snack and the use of sweeteners such as honey. In terms of lifestyles, DM is related to the naps performed by people during the day, in hypertension, there is a relationship with the condition of the dentition; dyslipidemias are related to alcohol consumption and the condition of the denture.

Conclusions: The results allow us to conclude that there is a relationship between eating habits and chronic noncommunicable diseases (diabetes mellitus, hypertension, dyslipidemias, cardiovascular diseases), as well as different lifestyles.

Keywords: Sociodemographic characteristics, eating habits, lifestyles, chronic noncommunicable diseases.

CAPÍTULO 1: PROBLEMA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (2010) en su informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010, la principal causa de mortalidad en el mundo se atribuye a las Enfermedades No Transmisibles (ENT). En el 2008, de los 57 millones de defunciones ocurridas, se les atribuyen a las ENT 36 millones, especialmente por enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. Se prevé que este número siga en aumento sobre todo en países de ingresos medios y bajos, y se señala, a la vez, que un porcentaje alto de dichas muertes se pueden prevenir con la reducción del sedentarismo, tabaquismo y uso nocivo de alcohol.

Se tiene que, en el siglo XX, la idea de enfermedad crónica adquirió el significado como uno de los problemas más serios que enfrentan los sistemas nacionales de salud. La enfermedad crónica desafía la creencia de que dicho concepto y surgió por la capacidad de la medicina para curar males infecciosos (Weisz, 2014).

En los Estados Unidos, el concepto de enfermedad crónica se extendió a principios del siglo XX y fue en las décadas de 1950 y 1960 cuando se transformó en una crisis nacional que ayudó a moldear la reforma de salud. En el Reino Unido, dicho concepto surgió después de la Segunda Guerra Mundial, y se asoció con la atención médica adecuada para la población anciana y se vinculó con el desarrollo de la especialidad de geriatría (Weisz, 2014).

En Francia, se manejaron los problemas de personas mayores y enfermas como asuntos técnicos y administrativos. Fue hasta las décadas de 1950 y 1960, cuando el tratamiento médico de las personas mayores surgió como un subconjunto de su marginalidad social más amplia (Weisz, 2014).

Durante el siglo pasado, en los Estados Unidos, los avances en salud pública y atención médica han aumentado la esperanza de vida en aproximadamente 30 años. En la década de 1960, se estudió la relación entre los factores de riesgo y las principales enfermedades crónicas. Dichos factores de riesgo son la dieta deficiente, la falta de ejercicio, la presión arterial alta, entre otros (Remington & Browson, 2011).

Desde 1960, las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas han cambiado drásticamente, en especial, las reducciones en las muertes causadas por enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares. Esas disminuciones se deben, en gran parte, a la disminución del tabaquismo y las mejoras en la dieta, la detección temprana del tratamiento para dichas enfermedades, así como la atención médica de las mismas (Remington & Browson, 2011).

La tasa de mortalidad por varias otras enfermedades, por ejemplo, la diabetes, ha aumentado durante los últimos 50 años. Las muertes relacionadas son difíciles de evaluar, ya que suelen aparecer como una causa contribuyente de muerte. Las tasas de prevalencia de una diabetes diagnosticada como una no diagnosticada ha aumentado desde la primera encuesta nacional de salud y nutrición durante 1960-1962 (Remington & Browson, 2011).

La I Encuesta Nacional de Factores de Riesgo constituye el primer revelamiento a nivel nacional sobre factores de riesgo. Las prevalencias observadas resaltan la trascendencia de la epidemia en nuestro país y permiten además segmentar poblaciones más vulnerables, como las de menores ingresos y menor nivel educativo (Ferrante & Virgolini, 2007). Algunos factores de riesgo se presentan con mayor frecuencia o con proporciones altas en la población joven (tabaco, alcohol, consumo de sal), lo cual podría ser un anticipo de mayores riesgos de eventos en edades tempranas si no se implementan medidas de control (Ferrante & Virgolini, 2007).

Según la Encuesta Nacional de Salud, en México, se evidencia más del 50% de la población entre los 20 y 69 años es portadora al menos de una enfermedad crónica no transmisible, y más de la mitad de dicha población lo desconoce. En México, la causa número uno de morbilidad en el adulto son los padecimientos cardiovasculares y las ECNT son las principales generadoras de dichos padecimientos (Velázquez, et al., 2003).

La carga de mortalidad atribuida a las ECNT ha ido en aumento en los últimos años. Se estimó que, en el año 2008, el 62% de las muertes y cerca del 50% de la carga de enfermedad, a nivel mundial, se debieron a dichas patologías. Tomando en cuenta las distintas enfermedades, y según la edad de la población, el 79,3% de las muertes en Argentina se debió a ellas, no obstante, cabe destacar que estas enfermedades son prevenibles (Ferrante, et al., 2011).

Las enfermedades crónicas, incluidas las cardiovasculares, la diabetes, la enfermedad pulmonar crónica y algunas formas de cáncer, son las principales causas de muerte en el mundo, llegando a representar 35 millones de muertes al año, es decir, casi el 60% de todas las muertes a nivel mundial. De esas defunciones, el 80% ocurre en países de bajos ingresos (Hanson & Gluckman, 2011).

Para el año 2001, en un estudio realizado en Argentina, se determina que la mayor cantidad de años de esperanza de vida saludable se pierde a consecuencia de la osteoartritis y la hipertensión arterial (entre un 88% y un 70%); la esperanza de vida se reduce menos con las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las afecciones cardíacas crónicas (aproximadamente un 30%), mientras que son muy pocos los años de esperanza de vida saludables que se pierden a causa de diabetes (3%) (Conrado, 2016).

En el caso del año 2005, solo se cuenta con los datos de prevalencia de diabetes e hipertensión arterial. Éstos resultan similares a la del año 2001, considerándose la hipertensión

arterial como la enfermedad que mayor cantidad de años de vida saludable reduce (62%) contra un 4% de reducción provocada por la diabetes (Conrado, 2016).

En Costa Rica, a inicios de los años 70, el país alcanzó la madurez política para tomar decisiones importantes en el sector salud. De ahí surge el contexto socioeconómico, el cual dio un significativo avance en las condiciones de salud del país que se hizo más evidente a partir de los años 70. Gracias a esto, los indicadores de salud de Costa Rica ocuparon el segundo lugar en América Latina y El Caribe, después de Cuba (Morice & Achío, 2003).

En la década de 1970, los indicadores de salud lograron una mejoría sustancial, en donde las tasas de mortalidad mostraron una importante reducción de las causas transmisibles de muerte. El número de defunciones atribuidas a enfermedades crónicas no transmisibles descendió de 31,7% en el año 1970 a 8,4% en 1980, pero esa reducción fue menor a partir del año 1985 (Morice & Achío, 2003).

En el país costarricense, la enfermedad cardiovascular cobra en promedio 6 vidas por día, lo que representa un aumento en los últimos años, debido a los distintos estilos de vida que tienen los costarricenses. Variables como el fumado, la obesidad, el alcoholismo, la diabetes y las dislipidemias muestran un incremento en su incidencia (Castillo, et al., 2006).

Las enfermedades cardiovasculares en Costa Rica son consideradas como la tercera causa de muerte, no obstante, la tasa de mortalidad por dichas enfermedades se redujo en un promedio de 33%. En países de diferentes regiones, se ha observado una reducción de 39% en hombres y de 36% en mujeres, pero, en Costa, este descenso ha sido mucho mayor en mujeres que en hombres (Roselló & Guzmán, 2004).

La mayoría de las tasas de mortalidad, tanto por enfermedad isquémica del corazón, como por enfermedades cardiovasculares, se observó en personas de 75 años o más. Las tasas de mortalidad aumentaron con la edad, independientemente del sexo. Las edades promedio de muerte en Costa Rica fueron similares a las informadas para algunos países de América del Norte, América del Sur y el Caribe (Roselló & Guzmán, 2004).

En un estudio realizado en el 2001, en la población obrera industrial de la provincia de Cartago, se determinó que las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte en el país, y se ubican en el cuarto lugar de las que más restan años de vida a la población. Se determina que no existe diferencia alguna entre sexo, edad, peso, talla y cantidad de cigarrillos fumados (Hernández, 2000).

En Costa Rica, la Diabetes Mellitus (DM) presenta una tasa de mortalidad de aproximadamente 520 personas por año. En los hospitales nacionales, se encuentra entre las tres primeras causas de consulta médica, y la DM II entre las cinco primeras causas de internamiento (Ávalos, 2004).

Según la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.) (2005), durante el 2004, la DM fue el cuarto diagnóstico con estancias por encima de 14 días en los hospitales centrales, el segundo diagnóstico en hospitales regionales y el tercero en hospitales periféricos. Esto sugiere que la DM es una de las enfermedades con mayor número de casos y estancias prolongadas en los centros hospitalarios.

En relación con la DM, su prevalencia mundial se ha incrementado en grado impresionante durante los 2 últimos decenios. En el año 2000, se estimaba que su prevalencia era de 0,19 % en personas menores de 20 años, y de 8,6 % en las mayores de esa edad. En los individuos de más de 65 años, la prevalencia de DM fue de 20,1 %. La prevalencia es semejante

en varones y mujeres dentro de la mayor parte de los grupos de edad, pero es ligeramente más elevada en los varones mayores de 60 años (Llibre, et al., 2008).

El hipercolesterolemia y en especial la elevación del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (C-LDL) es fundamental en la constitución de la placa aterosclerótica y es el más importante factor de riesgo cardiovascular (FRCV).

El colesterol es una sustancia serosa que el cuerpo utiliza para proteger los nervios, formar tejidos celulares y producir ciertas hormonas. La mayor parte del colesterol dentro del cuerpo es producido por el hígado (colesterol endógeno). El colesterol alto (hipercolesterolemia) se encuentra considerado como uno de los factores de riesgo cardiovascular clásicos, esto significa que cuando el nivel de colesterol se eleva, el nivel de riesgo coronario aumenta. Por otra parte, se indica que el colesterol HDL bajo eleva el riesgo de ataque cardíaco en las personas adultas mayores (Aguilar & Carballo, 2012).

La principal causa de mortalidad en los países desarrollados es la enfermedad cardiovascular y la hipertensión arterial (HTA) es su máximo determinante al ser el factor de riesgo cardiovascular más prevalente. La población de estos países está experimentando un progresivo envejecimiento, y dado que la prevalencia de HTA se incrementa con la edad, es fundamental el adecuado tratamiento de esta patología en la población anciana o muy anciana (Sans-Atxer, 2011).

Dado que la prevalencia de HTA incrementa progresivamente con el envejecimiento, la mayor parte de ancianos en Estados Unidos es hipertensa (con una prevalencia de casi el 80% entre las mujeres y cercana al 70% de los hombres mayores de 75 años) (Sans-Atxer, 2011).

La mortalidad por hipertensión arterial (HTA) aumenta bruscamente con la edad en la población de adultos mayores: según cifras del año 1996, en Chile, pasó de 41,9 por 100 000

habitantes en el grupo de 65 a 69 años a 443,2 por 100 000 habitantes en el de 80 años o más (Mendoza, & Merino, 2008).

1.1.2 Delimitación del problema

Para esta investigación, se utilizará una muestra de 78 personas adultas mayores diagnosticados con enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares), tomando en cuenta su perfil sociodemográfico, hábitos alimentarios y estilo de vida, pertenecientes a la zona rural. La población está conformada por hombres y mujeres mayores de 65 años. Este estudio abarca el periodo del 2018 y se lleva a cabo en Pérez Zeledón.

1.1.3 Justificación de la investigación

La presente investigación se basa en la relación entre hábitos alimentarios y estilos de vida que llevan las personas adultas mayores diagnosticadas con enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias y enfermedades cardiovasculares, tomando en cuenta el perfil sociodemográfico de la población.

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son definidas como entidades patológicas de larga duración y prolongación continua, lo cual va a someter al individuo a una cronicidad generalmente lenta y ocasiona ahogo, desconsuelo, sufrimiento, dolor, tristeza y abandono. Las ECNT se consideran el mayor reto del XXI por las implicaciones sociales, económicas y de salud (Patiño, et al., 2016).

Con el incremento de la expectativa de vida y el aumento de la proporción de personas mayores a los 60 años, se eleva, de la misma manera, el porcentaje de la población que padece

estas enfermedades, las que representan las primeras causas de muerte en los países desarrollados (Llibre, et al.,2008).

Se considera que, demográficamente, existen más féminas que hombres. Además, en las mujeres, después de los 50 años suceden cambios hormonales que favorecen la obesidad y el sedentarismo, cambian su estilo de vida y presentan malos hábitos dietéticos que pueden estar arraigados desde su juventud, factores que pueden contribuir a padecer dichas enfermedades (Paz, et al., 2012).

Las ECNT son más frecuentes en los adultos mayores. La determinación y prevalencia y sus diferentes factores de riesgo comprenden la primera etapa en el control y la prevención de estas, lo que es de especial importancia en personas con mayor peligro porque a mayor probabilidad de enfermar son mayores los beneficios de la intervención (Soca, et al., 2017).

1.2 PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En esta investigación, se focaliza el problema hacia la interrogante: ¿Cuál es la relación de los hábitos alimentarios y estilos de vida de personas adultas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles en la zona rural, 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

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

1.3.1 Objetivo general

Relacionar los hábitos alimentarios y estilos de vida, de personas adultas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles en la zona rural, 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir el perfil sociodemográfico de la población adulta mayor del estudio.
- Identificar los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores.
- Evaluar el estilo de vida de las personas adultas mayores.
- Relacionar los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles.
- Relacionar los estilos de vida de las personas adultas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles.

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 y que no se sabe que pueden darse. De igual manera, se detallan las principales limitaciones presentadas en el momento de desarrollar la investigación.

1.4.1 Alcances de la investigación

Durante el proceso de investigación, se lograron determinar los hábitos alimentarios y los estilos de vida relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles, con el fin de aportar un contenido de interés, tanto para los participantes de este estudio, como para la población encargada de las personas adultas mayores, con el fin de educar y obtener un mejor estado de salud y calidad de vida de la población mayor.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

Al concluir con esta investigación, se puede determinar que existen algunos factores que intervienen en dicho proceso y que pueden interferir y afectar los resultados finales de la investigación.

Como parte de las limitaciones encontradas, se puede hacer referencia a la poca disponibilidad de tiempo que tienen los adultos mayores para contestar la encuesta, así como la poca atención que presentaban algunos de los adultos, por lo tanto, la aplicación se dificultó.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

A continuación, se detalla cada una de las variables del estudio y sus relaciones por medio de teorías, enfoques teóricos e investigaciones realizadas, con el fin de fundamentar el presente estudio.

2.1.1 Adulto mayor – envejecimiento

El envejecimiento de la población es un tema que ha adquirido gran importancia en los últimos años. Los países han venido promoviendo actividades cuyo objetivo principal es contribuir con una mejor calidad de vida para las personas de 60 años y más. El aumento de la población adulta mayor y las proyecciones de crecimiento para los próximos años llevan a las instituciones, tanto gubernamentales, como no gubernamentales, a plantearse la necesidad de ampliar los servicios y atención a este grupo poblacional (CONAPAM, 2017).

El envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos, desde su concepción, hasta su muerte. Dichos cambios pueden ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional. Se reconoce cómo los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento, lo que disminuye la calidad de vida de las personas (Restrepo, et al., 2006).

Según la O.M.S. (2018), debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo

socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, la cual debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo cual lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte (O.M.S., 2018).

2.1.2 Situación sociodemográfica de la persona adulta mayor

Según Vinuesa (s.f.), desde la perspectiva geodemográfica, cuando se habla de envejecimiento de una población, se hace referencia a un proceso, con dimensión temporal y con dimensión territorial, porque la población habita, ocupa y utiliza un ámbito delimitado.

El envejecimiento de la población puede definirse como un proceso mediante el cual se producen transformaciones en la composición por edad y sexo de una población.

En los últimos treinta años, la población de más de 65 años se ha duplicado aumentando en 3,6 millones. Mientras tanto, la población española ha crecido en ese período con una tasa anual de 0,63 por ciento. Los mayores de sesenta y cinco años lo han hecho con un ritmo cuatro veces mayor. Pero el proceso es aún más dinámico si lo referimos al grupo de los más longevos. El ritmo de crecimiento de los mayores de 85 años es seis veces mayor que el del conjunto de la población española (Vinuesa, s.f.)

En los próximos 20 años, Costa Rica se enfrentará a un proceso de envejecimiento en el cual la población de personas de 65 años y más pasará de 278 mil a más de 600 mil y la

población de 80 años se duplicará, sumando 121 mil personas (Universidad de Costa Rica, 2018).

La velocidad en la que se prevé este envejecimiento poblacional hace que el proceso sea inédito, por cuanto en los países desarrollados este incremento se dio en un lapso de 70 años, lo que permitió, a esas sociedades y a las familias, contar con un período de adaptación, en el cual además su Producto Interno Bruto (PIB) se multiplicó por tres o por cuatro (Universidad de Costa Rica, 2018).

2.1.3 Hábitos alimentarios

Según Hidalgo (2012), un hábito es un proceso gradual y se adquiere a lo largo de los años mediante una práctica repetida. Un hábito alimentario son patrones de consumo de alimentos que se han enseñado o se van adoptando paulatinamente de acuerdo con los gustos y las preferencias.

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

Según Macías, & Gordillo, (2011), definir los hábitos alimentarios no resulta sencillo, ya que existe una diversidad de conceptos. Sin embargo, la mayoría converge en que se trata de manifestaciones recurrentes de comportamiento individuales y colectivas con respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quién consume los alimentos, y que se adoptan de manera directa e indirecta como parte de prácticas socioculturales.

Márquez, & Beato (2015) aducen que entre los hábitos considerados más favorables para la salud estarían los de una alimentación correcta, una actividad física adecuada y unas pautas de descanso regulares y apropiadas. Mejorando la alimentación, se puede vivir más y más sanamente, y se pueden prevenir enfermedades como la diabetes, las cardiovasculares, la osteoporosis y el cáncer, entre otras.

Sandoval, & Domínguez (2009) mencionan que el simple acto de alimentarse constituye no solo un fenómeno cultural que nutre sus identidades, sino que se ha convertido en un hecho polémico que pone en riesgo la salud de las personas. Su estrecha relación con diversos aspectos políticos, ecológicos, biogénéticos, nutrimentales y biotecnológicos ha obligado a poner especial atención en el estudio de la reestructuración del sistema alimentario global, tanto como en las tradiciones alimentarias de los pueblos y en el análisis de sus relaciones simbólicas.

2.1.3.1 Hábitos alimentarios en el adulto mayor

El adulto mayor tiende a consumir menor cantidad de alimentos debido a la disminución de la fuerza de contracción de los músculos de masticación; la reducción progresiva de piezas dentales; la alteración de los umbrales del gusto y el olfato; los cambios en la función motora del estómago; la disminución de los mecanismos de absorción; los estilos de vida inadecuados, como el consumo de alimentos de bajo costo, ricos en carbohidratos y pobres en proteínas; por otra parte, el consumo de alcohol y tabaco; la disminución de la actividad física; la posmenopausia; la depresión; el incremento de las enfermedades crónicas, y la mala calidad de vida contribuyen a incrementar la malnutrición en el adulto mayor (Tarqui, et al., 2014).

Debido a la influencia ejercida por la alimentación sobre el desarrollo y evolución de las enfermedades, así como para su prevención y tratamiento, resulta de vital importancia el poder disponer de información sobre los hábitos de alimentación de la población. La caracterización

de la alimentación del adulto mayor ha adquirido relevancia en los últimos años, en relación con futuras estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas (Cornatosky, et al., 2009).

Según Castillo, et al., (2002), la determinación de la ingesta de alimentos en la población de adultos mayores en Chile es relevante por el crecimiento relativo de este grupo etario. Se estima que el 10,8% de este grupo tiene bajos ingresos, lo cual sin duda afecta su alimentación. En ancianos, su ingesta de macronutrientes y micronutrientes es deficiente en comparación con las recomendaciones actuales.

2.1.3.2 Características de la alimentación

Una adecuada alimentación, en calidad y cantidad, es indispensable para el crecimiento, ya que aportará los nutrientes relacionados con la formación de los tejidos y la energía necesaria para el buen funcionamiento de los órganos, además, funcionará como factor de prevención de las enfermedades que pueden ser causadas por la deficiencia o exceso de alimentos (Hidalgo, 2012).

Una alimentación saludable, en general, es aquella que aporta a cada individuo todos los alimentos necesarios para cubrir sus necesidades nutricionales y en su situación de salud. Cada persona tiene sus requerimientos nutricionales en función de su edad, sexo, talla, actividad física que desarrolla su estado de salud o enfermedad (Sánchez, 2008).

De acuerdo con Sánchez (2008), para mantener una alimentación saludable, ésta debe cumplir las siguientes características:

- Completa: existen 4 grupos de alimentos: lípidos, carbohidratos, vegetales y proteínas; es importante considerar estos grupos en cada tiempo principal de comida.
- Suficiente: que cumpla con la cantidad adecuada de cada nutriente para fortalecer al organismo.
- Variada: que incluya diferentes tipos de alimentos de cada grupo de comida.
- Adecuada: ajustada a los recursos económicos, cultura y gustos de cada persona.
- Inocua: libre de microorganismos dañinos, toxinas y contaminantes, lo cual quiere decir que todo debe ser bien lavado y desinfectado.
- Equilibrada: que los nutrimentos guarden sus proporciones apropiadas entre sí en el plato.

2.1.4 Estilos de vida

El concepto de estilo de vida no constituye un ámbito de estudio nuevo. Sus orígenes se remontan a finales del siglo XIX. Según Gómez (2005), el estilo de vida está constituido por dos elementos: la conducta vital y las oportunidades vitales.

Los estilos de vida han supuesto una diferente distribución del tiempo. En ello, han incluido los hábitos de salud, las formas de interacción social, incluso el mismo estilo de pensamiento.

Un estilo de vida es la forma como cada uno decide vivir; son las cosas que se deciden hacer; es la hora de levantarse, la hora en que se descansa, el tipo de alimentos que se consume, la clase de actividad física que se practica, la forma de relacionarse con los demás y la actitud asumida ante los problemas.

2.1.4.1 Estilos de vida saludable

De La Cruz & Pino (s.f.) definen que el estilo de vida saludable es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida. De esta manera, el estilo de vida puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida.

En forma sinónima, vienen a utilizarse los conceptos “hábitos de vida”, “estilo de vida” y “estilo de vida relacionado con la salud” refiriéndose, esta última acepción, a aquellas conductas habituales que se ha demostrado ejercen una influencia en la salud de los individuos (como el tabaquismo, la cantidad de actividad física habitual, alimentación, etc.) y sobre las que nos detendremos más detalladamente a continuación.

Según De La Cruz, & Pino (s.f.), el estilo de vida relacionado con la salud está caracterizado por:

- Poseer una naturaleza conductual y observable. Desde este punto de vista, actitudes, valores y motivaciones no forman parte del mismo, aunque pueden ser sus determinantes.
- Continuidad de estas conductas en el tiempo, persistencia, “hábito”.
- Asociación y combinación entre conductas en forma consistente.

2.1.4.2 Actividad física

Se considera actividad física a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (O.M.S., 2018).

Según la O.M.S. (2018), un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos:

- Reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión, caídas;
- Mejora la salud ósea y funcional, y
- Es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control de peso.

Desde cualquier punto de vista, parece una evidencia que el ejercicio físico, actividad física y/o deporte son elementos condicionantes de la calidad de vida, por tanto, de la salud y el bienestar, ya que existen suficientes datos científicos que concluyen que la actividad física, realizada, en forma regular, es una conducta saludable (Velázquez, s.f.)

Para Velázquez (s.f.), algunos de los beneficios que el ejercicio físico proporciona a nivel fisiológico son: el aumento del bombeo sanguíneo al corazón, el incremento de la capacidad pulmonar, la disminución de la presión arterial, la reducción del riesgo de ataques coronarios.

2.1.4.3 Alcohol

Es una droga depresora que afecta a todos los órganos del cuerpo del bebedor. Su consumo progresivo puede generar enfermedades psicológicas y de afectación social. El alcohol es un sedante con efectos parecidos a los de los barbitúricos. Además de los efectos sociales de

su consumo, la intoxicación alcohólica puede causar envenenamiento o incluso la muerte; el consumo intenso y prolongado origina en ocasiones dependencia o un gran número de trastornos mentales, físicos y orgánicos (O.M.S., 1994).

Según la O.M.S. (2018), el alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia que se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades.

El alcohol afecta a las personas y a las sociedades de diferentes maneras, y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol. En 2012, unos 3,3 millones de defunciones, es decir, el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol.

La edad de inicio del consumo de alcohol ha venido disminuyendo de manera considerable, situándose actualmente en la preadolescencia. Las mujeres casi alcanzan a los hombres, pues hace una década había tres tomadoras por cada 10 hombres, y ahora las cifras se homologan (Sanabria, 2008).

La ingesta de alcohol está fundamentalmente vinculada con los patrones culturales, muchos de ellos relacionados con funciones sociales. A su vez, los patrones culturales intervienen en las diferentes formas como los individuos utilizan el alcohol disponible, pudiendo reconocerse un consumo crónico relacionado con problemas de dependencia, o bien, un uso abusivo que puede o no ser esporádico y que se relaciona con los accidentes y la violencia. En la actualidad, existen suficientes evidencias sobre los patrones de consumo de alcohol y su asociación con la salud. Datos epidemiológicos muestran que el consumo de

alcohol a nivel mundial ocasiona 3,2% de las muertes y 4% de la carga de enfermedad (Villace, & Fernández, 2013).

2.1.4.4 Tabaco

El tabaco es un preparado de las hojas de *Nicotiana tabacum*, una planta originaria de América de la familia de las solanáceas. Su principal ingrediente psicoactivo es la nicotina. El tabaco contiene otros muchos ingredientes, además de la nicotina. El consumo prolongado de tabaco puede causar cáncer de pulmón, de cabeza o de cuello, enfermedades cardíacas, bronquitis crónica, enfisema y otros trastornos físicos (O.M.S., 1994).

De acuerdo con la O.M.S. (2016), el tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata a más de 7 millones de personas al año, de las cuales más de 6 millones son consumidores directos y alrededor de 890 000 son no fumadores expuestos al humo ajeno.

Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores existentes en el mundo vive en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada con el tabaco.

2.1.4.5 Hábitos de sueño

Las alteraciones del sueño son frecuentes en los adultos de edad avanzada. Se ha estimado que, entre las personas mayores de 65 años, la mitad de los que habitan en su propia casa y el 60% de los que viven en residencias padecen algún trastorno del sueño; de ellos, la dificultad para iniciar y mantener el sueño y la somnolencia diurna son más frecuentes en los ancianos que en otros grupos de edad (Cruz, & Hernández, 2008).

El insomnio es la alteración más frecuente, no tanto como anomalía primaria del sueño, sino como trastorno secundario a otros factores (enfermedades orgánicas y psíquicas, consumo de medicamentos, hábitos tóxicos, etc.); de hecho, si se eliminan estos factores, la mayor prevalencia de insomnio primario relacionada con los grupos de edad tiende a desaparecer.

Existe una serie de problemas que, aunque no son exclusivos del anciano, inciden especialmente en este período de la vida y repercuten en el sueño. A pesar de que se desconoce la prevalencia exacta, es frecuente, en estas edades, el desarrollo de malos hábitos para dormir, horarios irregulares para acostarse, exceso de siestas diurnas, consumo inadecuado de fármacos hipnóticos y de sustancias como café o alcohol, y actitudes inadecuadas como trabajar antes de ir a la cama. Además, el sueño del anciano es muy vulnerable ante cualquier variación en el ambiente de dormir como cambios en la temperatura, de cama, habitación y ruidos, que alteran profundamente su sueño (Cruz, & Hernández, 2008).

2.1.5 Enfermedades crónicas no transmisibles

Corbera & Batlló (2014) indican que el significado etimológico de enfermedad se deriva de *infirmitas*, que significa “falta de firmeza”. Crónica se deriva de *Chronos*, (Dios del tiempo) y significa “relativo al tiempo.

Estas enfermedades representan, con diferencia, la causa de defunción más importante del mundo, pues acaparan el 63% del número total de muertes anuales: más de treinta y seis millones de personas cada año. Cerca del 80% de las muertes por enfermedades crónicas se concentran en los países de ingresos bajos o medios. Más de nueve millones de muertes se producen en personas menores de sesenta años.

Además, comparten cuatro factores de riesgo: el tabaquismo, el uso nocivo del alcohol, la mala alimentación y la falta de actividad física. En términos mundiales, estas enfermedades afectan por igual a hombres y mujeres (Cobrerá & Batlló, 2014).

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT), incluidas las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, son las principales causas prevenibles de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Además, estas enfermedades suponen una carga sustancial para las economías nacionales, contribuyen a la pobreza y son una de las principales causas de las desigualdades en materia de salud (Eyles, et al., 2011).

En el 2007, se registraron unos 4,45 millones de defunciones por estas enfermedades, de las cuales un 37% se produjeron en menores de 70 años. Las ENT son además la causa de la mayor parte de los costos evitables de la atención sanitaria. La epidemia de las ENT está impulsada por la globalización, la urbanización, la situación económica y demográfica, y los cambios del modo de vida. También ejercen una enorme influencia los determinantes sociales de la salud, como los ingresos, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el grupo étnico y el género (OPS & O.M.S., 2012).

Dentro de las ECNT que más muertes producen, se encuentran enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. Para el caso de la región de Centroamérica y República Dominicana, los países decidieron incorporar además la enfermedad renal crónica como una de las enfermedades crónicas no trasmisibles prioritarias. La situación de Costa Rica no escapa a esta realidad mundial (Ministerio de Salud, 2014).

ECNT tienen factores de riesgo comunes, tales como: la adopción de dietas con alto contenido de grasa y una reducida actividad física, el fumado y el abuso del alcohol. Otros

factores con alta prevalencia como como la obesidad, la hipertensión arterial y el hipercolesterolemia se consideran tanto como ECNT como factores de riesgo para desarrollar otras ECNT (Ministerio de Salud, 2014).

2.1.5.1 Enfermedades cardiovasculares

Para la O.M.S. (2017), las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los cuales se incluyen:

- La cardiopatía coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco;
- Las enfermedades cerebrovasculares: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro;
- Las arteriopatías periféricas: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores;
- La cardiopatía reumática: lesiones del músculo cardíaco y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos;
- Las cardiopatías congénitas: malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento;
- Las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares: coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones.

Los ataques al corazón y los accidentes vasculares cerebrales (AVC) suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en

las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro. Los AVC también pueden deberse a hemorragias de los vasos cerebrales o coágulos de sangre. Los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares (ACV) suelen tener su causa en la presencia de una combinación de factores de riesgo, tales como el tabaquismo, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, la hipertensión arterial, la diabetes y la hiperlipidemia.

2.1.5.2 Dislipidemias

La dislipidemia consiste en la presencia de altos niveles de lípidos (colesterol, triglicéridos o ambos) que son transportados por las lipoproteínas en la sangre. Este término incluye la hiperlipoproteinemia, que hace referencia a los niveles elevados de colesterol total, de lipoproteínas de baja densidad (LDL) o de los triglicéridos, así como a una concentración baja de lipoproteínas de alta densidad (HDL).

La concentración de las lipoproteínas y, por lo tanto, de los lípidos, en particular del colesterol LDL, aumenta ligeramente a medida en que la persona va envejeciendo. Los valores suelen ser algo más altos en los hombres que en las mujeres, pero, en éstas, comienzan a elevarse después de la menopausia. El incremento en la concentración de las lipoproteínas debido a la edad origina dislipidemia (Goldberg, s.f.)

Las dislipidemias son un conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en las concentraciones de los lípidos sanguíneos, componentes de las lipoproteínas circulantes, a un nivel que significa un riesgo para la salud. Es un término genérico para denominar cualquier situación clínica en la cual existan concentraciones anormales de colesterol: colesterol total (Col-total), colesterol de alta densidad (Col-HDL), colesterol de baja densidad (Col-LDL) o

triglicéridos (TG). Las dislipidemias constituyen un factor de riesgo mayor y modificable de enfermedades cardiovasculares (CV), especialmente de la enfermedad coronaria (EC). Niveles muy altos de TG, especialmente cuando hay hiperquilomicronemia, han sido señalados como de riesgo en la patogenia de la pancreatitis aguda.

Existen ciertos tipos de dislipidemia cuyo origen puede ser hereditario, aunque buena parte de las causas se asocia con el comportamiento, como ciertos hábitos poco adecuados y dietas nada saludables. Así pues, el sedentarismo, las dietas ricas en grasas o el tabaquismo son factores de riesgo importantes para acabar desarrollando la enfermedad. De modo secundario, también pueden aparecer enfermedades como la diabetes, el hipotiroidismo o la obesidad. El colesterol c-LDL, conocido como “colesterol malo”, es el encargado de transportar la mayoría de los lípidos por la sangre y distribuirlos a los tejidos. Cuando la circulación es excesiva, se acumula en las paredes de los vasos sanguíneos, con la consiguiente formación de placas arterioscleróticas que impiden el flujo normal de sangre hacia los tejidos. El “colesterol bueno”, c-HDL, es el encargado de atrapar el colesterol c-LDL que circula por la sangre y conducirlo hacia el hígado, protegiendo al organismo de sus efectos nocivos. De ahí que, para evitar la aterosclerosis, se necesita mantener una proporción alta de c-HDL y baja de c-LDL (Posperi, s.f.)

El diagnóstico de dislipidemia se basa en los niveles séricos de Col-total, de Col-LDL, Col-HDL y de los TG. Debe recordarse que el Col-total es la suma del colesterol presente en las lipoproteínas LDL, HDL y VLDL; sin embargo, teniendo en cuenta que la aterosclerosis tiene una patogenia multicausal, para determinar el nivel de riesgo de la alteración de los lípidos es necesario evaluar conjuntamente la presencia o ausencia de otros factores de riesgo CV que pueda presentar el paciente.

Para Merchán, & Ruiz (2005), desde el punto de vista clínico y según las presentaciones frecuentes de las dislipidemias, éstas pueden dividirse en cuatro grupos:

- Hipercolesterolemia con elevación de LDL (>160 mg/dL), con TG normales (< 200 mg/dL).
- Aumento combinado de colesterol y TG, cuando las concentraciones de TG son una a dos veces más altas que las de colesterol.
- Incremento aislado de TG, entre 300 y 800 mg/dL, con concentraciones de colesterol normales o discretamente elevadas.
- Elevación moderada o severa de colesterol (>300 o 400 mg/dL) y elevación severa de TG (> 800 o 1.000 mg/dL) con plasma de aspecto lipémico por elevación de quilomicrones y VLDL.

2.1.5.3 Hipertensión arterial

Según la FAO (2016), la hipertensión es una condición muy común en la mayoría de los países industrializados y con una prevalencia variada en los países en desarrollo. En América del Norte y Europa Occidental, alrededor del 25 por ciento de las personas de más de 55 años de edad tiene presión arterial alta.

La presión arterial alta se asocia con una incidencia mayor de accidentes cerebrovasculares y enfermedad coronaria. Estas condiciones son las principales causas de muerte en países industrializados y ahora además están adquiriendo importancia en los países en desarrollo, sobre todo en los países emergentes de Asia y América Latina, y en las personas pudientes y occidentalizadas de los países pobres en desarrollo, incluso los de África.

La presión arterial se mide con un esfigmomanómetro, el cual brinda dos lecturas: la sistólica (la más alta) y la diastólica. La medición se hace en milímetros de mercurio. Una lectura normal es alrededor de 120/80 mm. El límite superior normal es aproximadamente 140/90 mm en adultos. Una lectura sistólica un poco más alta en personas mayores no es motivo de preocupación grave pero no es normal.

Las enfermedades del aparato circulatorio representan alrededor del 8% del total de causas de consulta y, dentro de éstas, la hipertensión arterial ocupa el primer lugar y el 2,2% del total de egresos anuales en la C.C.S.S. En el año 2012, se registraron 814 muertes por enfermedad hipertensiva. Antes de los 40 años, las defunciones son muy escasas, pero a partir de los 40 años se empiezan a elevar en forma exponencial. La enfermedad hipertensiva es un factor de riesgo importante para las enfermedades cerebrovasculares, el infarto del miocardio y las enfermedades renales crónicas. Se encuentran egresos desde los 15 años de edad y cada vez se diagnostican casos a más temprana edad condicionado como se mencionó anteriormente, por dieta con alto contenido de grasa, inactividad física e hipercolesterolemia (Ministerio de Salud, 2014).

El principal factor dietético que se relaciona con la hipertensión esencial es el consumo de sodio, aunque quizá es un factor solo en los que tienen una sensibilidad a la sal genéticamente determinada.

La mayoría de la gente obtiene gran parte de su sodio de la sal o cloruro de sodio, que se puede agregar durante la cocción, en la mesa o en el procesamiento. Sin embargo, en algunas sociedades asiáticas, el glutamato monosódico, que usualmente se usa como condimento, puede ser la principal fuente de sodio. Asimismo, se recibe sodio de medicamentos sencillos como la

aspirina o ciertos antiácidos. No es raro que las personas consuman más de 50 gramos de sal por día, que es cinco veces más de lo necesario o recomendado (FAO, 2016).

2.1.5.4 Diabetes mellitus

La diabetes mellitus (DM) comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de la hiperglucemia. Existen varios tipos diferentes de DM como resultado de una interacción compleja entre genética y factores ambientales. De acuerdo con la causa, los factores que contribuyen a la hiperglucemia pueden ser deficiencia de la secreción de insulina, disminución de la utilización de glucosa o aumento de la producción de ésta (Harrison, 2016).

En Estados Unidos, la diabetes mellitus es la primera causa de nefropatía en etapa terminal, de amputaciones no traumáticas de extremidades inferiores y de ceguera en adultos. También, predispone a enfermedades cardiovasculares. Dado que está aumentando su incidencia en todo el mundo, seguirá siendo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en el futuro próximo (Harrison, 2016).

La diabetes tipo 1 es el resultado de la deficiencia completa o casi total de insulina, y el tipo 2 es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por grados variables de resistencia a la insulina, menor secreción de dicha hormona y una mayor producción de glucosa. La diabetes tipo 2 es precedida por un periodo de homeostasis anormal de la glucosa clasificado como intolerancia a la glucosa en ayuno o intolerancia a la glucosa (Harrison, 2016).

La diabetes mellitus es la cuarta causa de muerte prematura entre las enfermedades crónicas no transmisibles, y del total de muertes por esta enfermedad, alrededor del 40% ocurren antes de los 70 años. Constituye la principal causa de consulta dentro del grupo de las

enfermedades endócrinas y metabólicas, y es la causa de alrededor de 3500 egresos hospitalarios por año en los últimos 5 años (Ministerio de Salud, 2014).

En el año 2012, la tasa de mortalidad fue de 11 personas por causa de la diabetes por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, se sabe que el impacto que tiene este padecimiento es aún mayor, ya que la diabetes es un factor de riesgo para la enfermedad coronaria, aumenta significativamente el riesgo de accidente cerebrovascular, enfermedad renal crónica y cáncer, e incrementa el riesgo de muerte asociada a estos y a otros padecimientos. Por otra parte, la hipertensión es más prevalente en la población diabética (Ministerio de Salud, 2014).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, ya que se expresa, por medio de mediciones numéricas, la relación existente entre hábitos alimentarios y estilos de vida. En ese sentido, se van a obtener los datos por medio de cuestionarios estructurados, en donde la población en estudio va a contestar la información solicitada para obtener los resultados.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo descriptivo, ya que se van a describir los hechos como van a ser observados mediante la aplicación de cuestionarios estructurados. Por lo tanto, mediante los resultados obtenidos en el proceso, se describirá lo obtenido y lo observado en esta investigación.

El estudio es correlacional, debido a que se van a estudiar las variables, de hábitos alimentarios y estilos de vida, y la relación de éstas con las enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias y enfermedades cardiovasculares.

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, dislipidemias y enfermedades cardiovasculares. La investigación se va a realizar en la zona rural, específicamente en Pérez Zeledón.

3.3.1 Área de estudio

El área de estudio considerada para llevar a cabo esta investigación es la zona rural, en específico Pérez Zeledón, que pertenece a la provincia de San José.

3.3.2 Población

Para la presente investigación, la población objeto de estudio está conformada por los adultos mayores pertenecientes a la zona rural.

3.3.3 Muestra

La muestra es de tipo no probabilística, pues no todas las personas adultas mayores tienen la misma oportunidad de ser elegidas. Esto porque deben cumplir determinado criterio de la investigación, en este caso, que todos ellos deben ser diagnosticados con enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias y enfermedades cardiovasculares.

Determinación del tamaño de muestra

La Palma, Pérez Zeledón = 400 personas adultas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles.

Como sí se conoce el tamaño de la población, se utiliza la siguiente fórmula:

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

En donde:

N= es la población.

n= es la muestra.

Z= es el factor de confiabilidad, el cual corresponde a 1,96 ya que equivale a un 95% de confianza.

P= es igual a 0,5.

Q= equivale a $1-P = 0,5$.

d= es el margen de error permisible, que en este caso es igual a 0,1.

Entonces, aplicando la fórmula, se obtiene por resultado:

$$n = \frac{400 \times (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{(0,1)^2 \times (400-1) + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5} \quad n = 78 \text{ personas adultas mayores.}$$

3.3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Personas mayores de 65 años.	Adulto mayor hospitalizado.
Personas adultas mayores de ambos sexos.	Personas adultas mayores con deterioro cognitivo moderado y severo.

Personas adultas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias y enfermedades cardiovasculares).

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

3.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

A continuación, se detallará lo referente a la validez y a la confiabilidad del instrumento.

3.4.1 Validez del cuestionario

La validez de los cuestionarios se mide en la realización y aplicación del plan piloto previo a la recolección de datos, con el fin de mejorar la aplicación de los instrumentos y verificar su confiabilidad. Dicho plan piloto se llevó a cabo con un total de 10 personas en una población similar a la de la muestra final del estudio.

3.4.2 Confiabilidad del cuestionario

A través de la aplicación de un plan piloto en una población muy similar a la del estudio, se determinará la confiabilidad del instrumento por utilizar.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es de tipo no experimental, ya que no se manipulan las variables, es decir, se miden en su estado natural. Además, es transversal, pues, en la investigación, se va a trabajar con los datos obtenidos en un momento específico y determinado.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 2. Operacionalización de variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Describir el perfil sociodemográfico de la persona adulta mayor	Perfil sociodemográfico	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población en estudio.	de Se aplica un cuestionario en donde la persona adulta mayor debe contestar la información solicitada.	Edad Sexo Estado civil	Años Masculino Femenino Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre	Cuestionario estructurado
Identificar los hábitos alimentarios de la	Hábitos alimentarios	Comportamientos conscientes, colectivos y	Se aplica un cuestionario de preguntas	Tiempos de comida que realiza al día	de Desayuno Merienda de la mañana	Cuestionario estructurado

persona	adulta	repetitivos	que	cerradas,	en	Almuerzo
mayor		conducen	a	las	donde	Merienda de la
		personas	a	identifiquen	los	tarde
		seleccionar,		diferentes		Cena
		consumir	y	hábitos		Colación
		utilizar		alimentarios	de	nocturna
		determinados	las	personas		Otro
		alimentos,	en	adultas		
		respuesta	a	mayores.		Frito
		influencias			Tipos	de
		sociales	y		cocción	Al vapor
		culturales.				Asado
						A la plancha
						1 vez a la
						semana

					Frecuencia de consumo	de 3-4 veces por semana	por 1 vez al mes	Nunca	Frecuencia de consumo
Evaluar el estilo de vida de la persona adulta mayor	Estilo de vida	Conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas, en forma individual o colectiva, para satisfacer sus necesidades como seres humanos.	de	Se aplica un cuestionario donde la persona adulta mayor en contestar la información solicitada en cuanto a los estilos de vida de cada uno de ellos.	Consumo de alcohol	Sí	No	Sí	No
					Fumador	Cantidad de cigarrillos que fuma al día			
					Actividad física	Sí realiza.	No realiza.		Cuestionario estructurado

	Tipo	de	
	actividad	física	
	Frecuencia		
Hábitos	de	Horas	que
sueño		duerme	en la
		noche	
		Siestas	
		Duración	de las
		siestas	

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

3.7 PLAN PILOTO

El plan piloto fue realizado en el cantón de Pérez Zeledón, en el distrito de Daniel Flores, en una población adulta mayor, donde se entrevistó a 10 personas mayores de 65 años, sin distinción de sexo. Se analiza la comprensión y aceptación de los instrumentos del estudio, así como su disposición y actitud para brindar la información solicitada.

Dentro del desarrollo del plan piloto, se vio la poca disponibilidad de tiempo que tienen los adultos mayores para contestar a la encuesta, así como la falta de atención de éstos.

El instrumento es aplicado por la investigadora, con una duración aproximada de 40 a 45 minutos por persona. Por lo tanto, se debe reducir la cantidad de preguntas, así como mejorar la escala de evaluación de la frecuencia de consumo, con el fin de facilitar la comprensión e interpretación.

Para la aplicación del instrumento, se siguió un orden. Primero, se les entregó el consentimiento informado, explicando el objetivo de dicha investigación y aclarando las dudas de los adultos mayores en relación con la aplicación del instrumento, lo cual garantizó que la participación de cada uno de ellos fuera de manera voluntaria. Posteriormente, se aplicó el instrumento.

A partir del plan piloto, se efectuaron algunos cambios en el instrumento, de manera que se facilitara la posterior recolección de los datos, tanto para el encuestador, como para el encuestado, y así obtener una mejor calidad de las respuestas obtenidas por la población.

Dentro de los cambios efectuados, se encuentran el mejoramiento en la redacción de algunas preguntas, así como la simplificación en la frecuencia de consumo, debido que, a la

hora de aplicarla, resultaba tediosa para la población, ya que era muy extensa y de difícil comprensión y el encabezado resultaba confuso, ya que se debían repetir muchas veces y aun así olvidaban las opciones correspondientes.

De igual manera, en la frecuencia de consumo, se incluían alimentos que no son comunes para la zona en estudio, por ejemplo, los frutos rojos, los mariscos y algunas comidas rápidas, esto último debido al acceso de la población.

Además, se realizaron algunos cambios en cuanto a las opciones de respuesta en ciertas preguntas, con el fin de delimitar su respuesta, como en el caso del tipo de ejercicio realizado, el tiempo dedicado a dicha actividad y el tiempo dedicado a las siestas realizadas diariamente.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis univariado de resultados

4.1.1 Características sociodemográficas de la población

A continuación, se presentan los resultados correspondientes a las características sociodemográficas encontradas en la aplicación de las encuestas en la zona rural de Pérez Zeledón referentes a la investigación: “Relación entre hábitos alimentarios y estilos de vida de personas adultas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles en la zona rural, 2018”.

Tabla 3. Características sociodemográficas de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Características sociodemográficas	Femenino (n=55)		Masculino (n=23)		Total (n=78)	
	n	%	n	%	n	%
Rango etario						
Entre 65 y 69 años	14	25	8	35	22	28
Entre 70 y 79 años	28	51	9	39	37	47
Entre 80 y 89 años	8	15	4	17	12	15
Mayores de 90 años	5	9	2	9	7	9
Estado civil						
Soltero (a)	2	4	2	9	4	5
Casado (a)	25	45	18	78	43	55
Divorciado (a)	5	9	0	0	5	6
Viudo (a)	23	42	3	13	26	33

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo,

2018

Con respecto a las características sociodemográficas de la población descrita, específicamente en el rango etario, la tabla anterior evidencia que la mayoría de la población se ubica en un rango de edad entre los 70 y 79 años representado por un 47% (n=37), seguido por el rango entre 65 y 69 años con un 28% (n=22). Asimismo, se muestra que la mayoría de la población presenta un estado civil de casado (a) con un 55% (n=43), seguido por la viudez con un 33% (n=26).

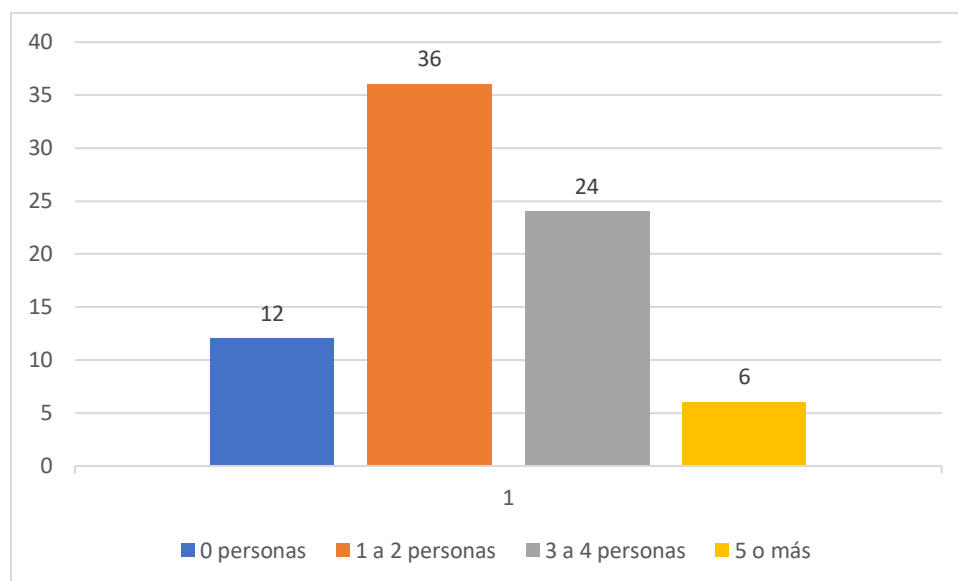


Figura 1. Cantidad de personas que habitan con el adulto mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

Con respecto a la figura anterior, se observa que la mayoría de la población adulta mayor convive en su hogar con 1 a 2 personas, lo cual representa el 46% (n=36), mientras que solo el 8% (n=6) convive en su hogar con 5 o más personas.

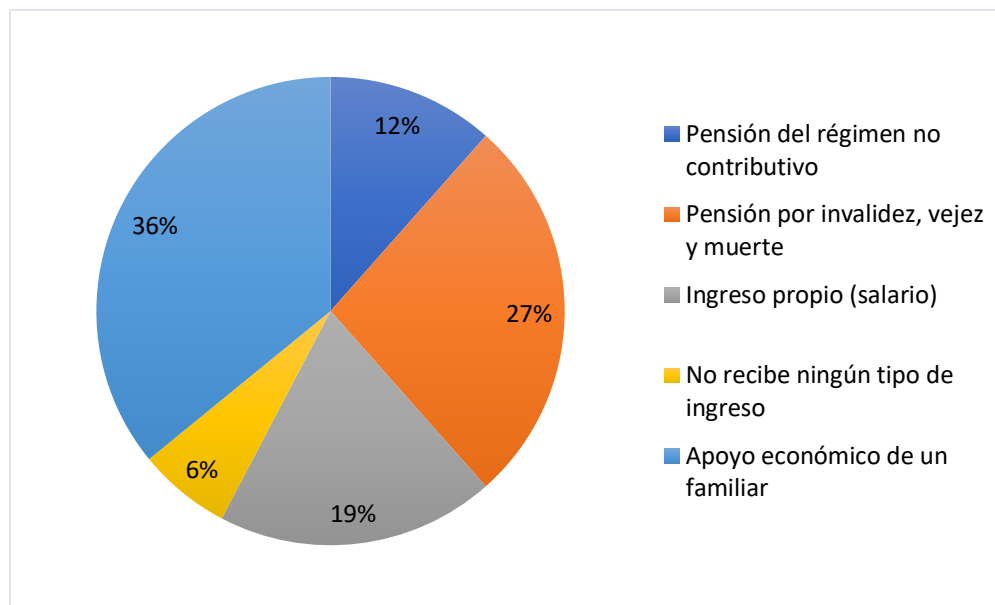


Figura 2. Tipo de ingreso económico que recibe la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

En la figura 2, referente al tipo de ingreso económico recibido por la población adulta mayor, se puede observar que, del total de la población, el 36% (n=36) recibe apoyo económico de un familiar. En cuanto a la pensión por invalidez, vejez y muerte, el 27% (n=21) de la población la recibe, mientras que el 6% (n=5) no recibe ningún tipo de ingreso económico.

4.1.2 Datos clínicos y estilos de vida de la población en estudio

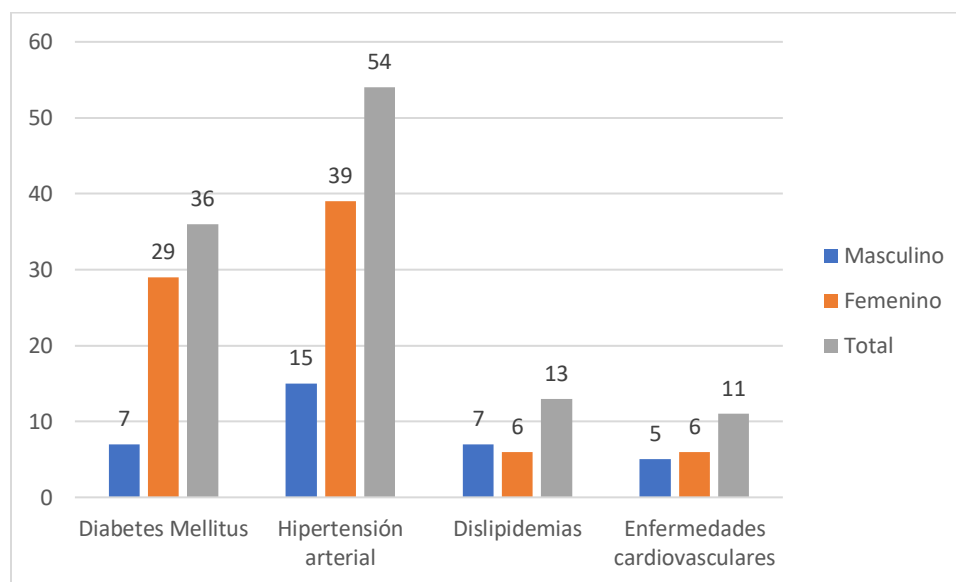


Figura 3. Enfermedades crónicas no transmisibles que padece la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

De acuerdo con la figura anterior, con respecto a las enfermedades crónicas no transmisibles que padece la población en estudio, se observa que la mayoría de la población 69% (n=54) padece de hipertensión arterial, siendo el sexo femenino el que más la padece 72% (n=39). En segundo lugar, se observa que del 46% (n=36) de la población total que padece de diabetes mellitus, 29 son mujeres y 7 son varones. En el caso de las enfermedades cardiovasculares, son las menos frecuentes 14% (n=11).

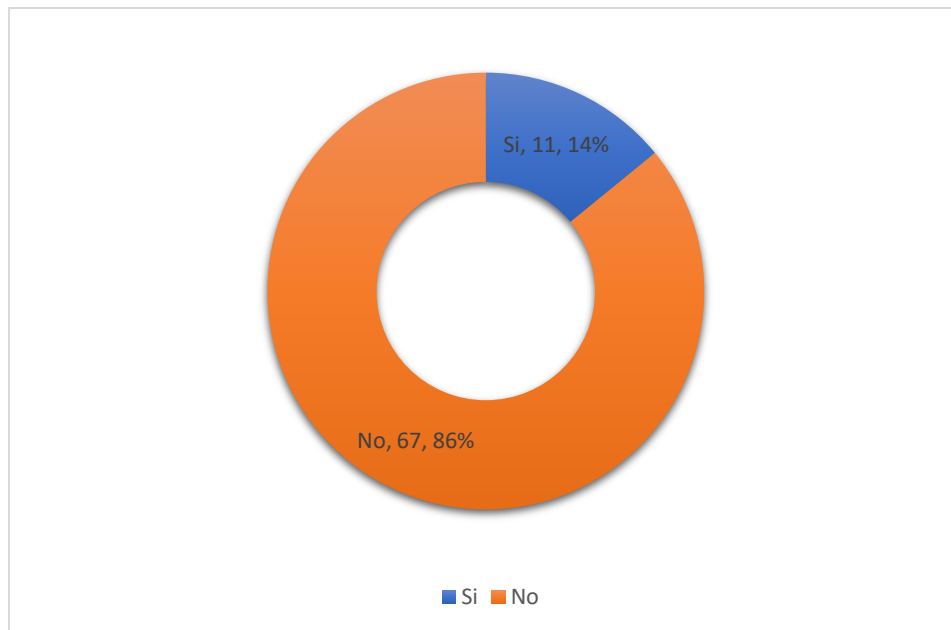


Figura 4. Consumo de alcohol de las personas adultas mayores de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

Con respecto a la figura anterior, se puede observar que la mayoría de la población adulta mayor no consume alcohol, lo cual representa un 86% (n=67), mientras que solo el 14% (n=11) sí lo hace.

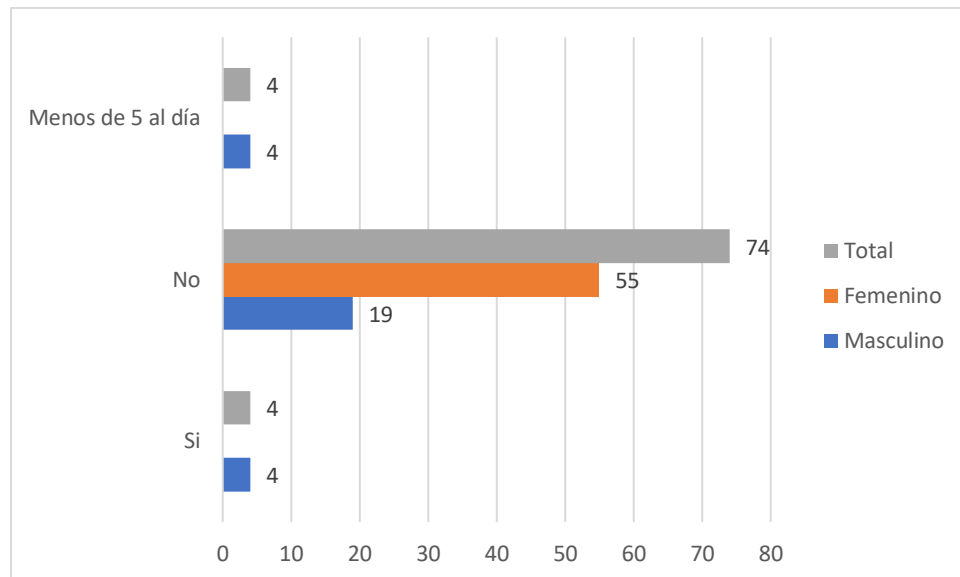


Figura 5. Consumo de cigarrillos de las personas adultas mayores de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

En la figura 5, con respecto al consumo de cigarrillos, se puede observar que la mayoría de la población 95% (n=74) no fuma cigarrillos, mientras que el 5% (n=4) sí lo hace. De igual manera, se puede observar que, de la población que sí fuman cigarrillos (n=4), lo hace menos de 5 al día.

Tabla 4. Estilos de vida la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Estilos de vida	Femenino		Masculino		Total	
	(n=55)		(n=23)		(n=78)	
	n	%	n	%	n	%
Actividad física						
Sí realiza	27	49	8	35	35	45
No realiza	28	51	15	65	43	55
Tipo de actividad física						
Caminar	15	27	4	17	19	24
Bailar	2	4	2	9	4	5
Aeróbicos	6	11	1	4	7	9
Natación	4	7	1	4	5	6
Duración de la actividad						
Menos de 20 minutos	0	0	1	4	1	1
De 20 a 30 minutos	13	24	4	17	17	22
Más de 30 minutos	14	25	3	13	17	22

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

Con respecto a los estilos de vida de la población descrita, en cuanto a la actividad física, se muestra, en la tabla anterior, que la mayoría de la población no realiza actividad física, lo cual se representa por un 55% (n=43), mientras que el 45% (n=35) sí ejecuta actividad física. Se puede observar que, de la población que sí efectúa actividad física, el

24% (n=19) realiza lo que es la actividad de caminar, seguido de los aeróbicos con un 9% (n=7). Asimismo, se muestra que la población que ejecuta la actividad dedica de 20 a 30 minutos, representado por un 22% (n=17), así como también dedican más de 30 minutos el 22% (n=17).

Tabla 5. Condición dental y trastornos deglutivos según sexo de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Datos clínicos	Femenino		Masculino		Total	
	(n=55)		(n=23)		(n=78)	
	N	%	n	%	n	%
Condición de la dentadura						
Mayoría sin dientes	0		2	9	2	3
Mayoría con dientes	26	47	7	30	33	42
Utiliza prótesis dental	29	53	14	61	43	55
Presencia de trastornos deglutivos						
Sí presenta	5	9	2	9	7	9
No presenta	36	65	17	74	53	68
Algunas veces	14	25	4	17	18	23

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

En la tabla anterior, con respecto a la condición de la dentadura, se presenta un mayor porcentaje de personas adultas mayores que utilizan prótesis dental y esto se ve representado

por un 55% (n=43) del total de la población. Asimismo, se observa que un 68% (n=53), siendo la mayoría de la población, no presenta trastornos deglutivos o dificultad para tragar alimentos.

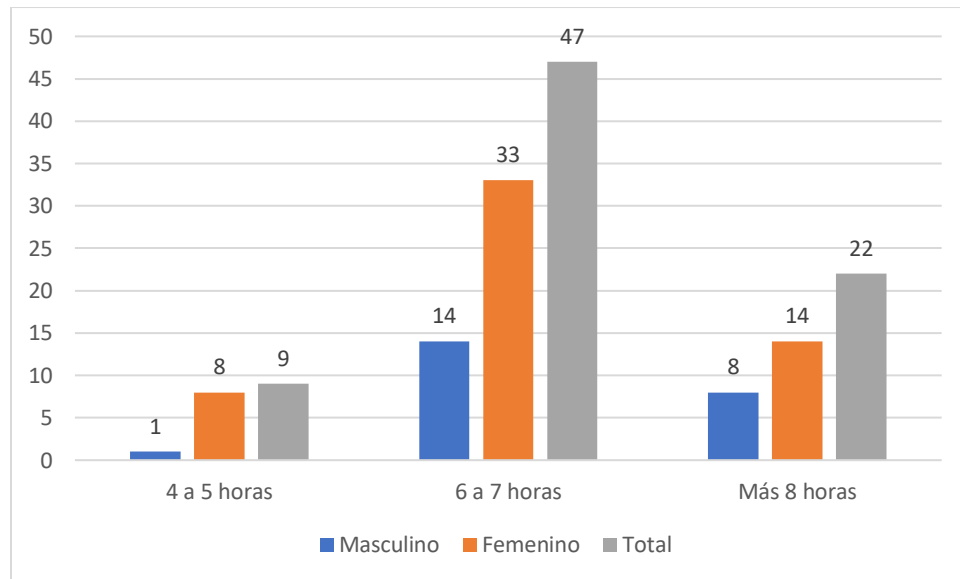


Figura 6. Cantidad de horas que duerme la persona adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

Con respecto a la figura anterior, en relación con la cantidad de horas que duerme la población adulta mayor durante la noche, se puede observar que la mayoría de la población 60% (n=47) duerme de 6 a 7 horas diarias, mientras que solo el 12% (n=9) de la población, duerme de 4 a 5 horas diarias.

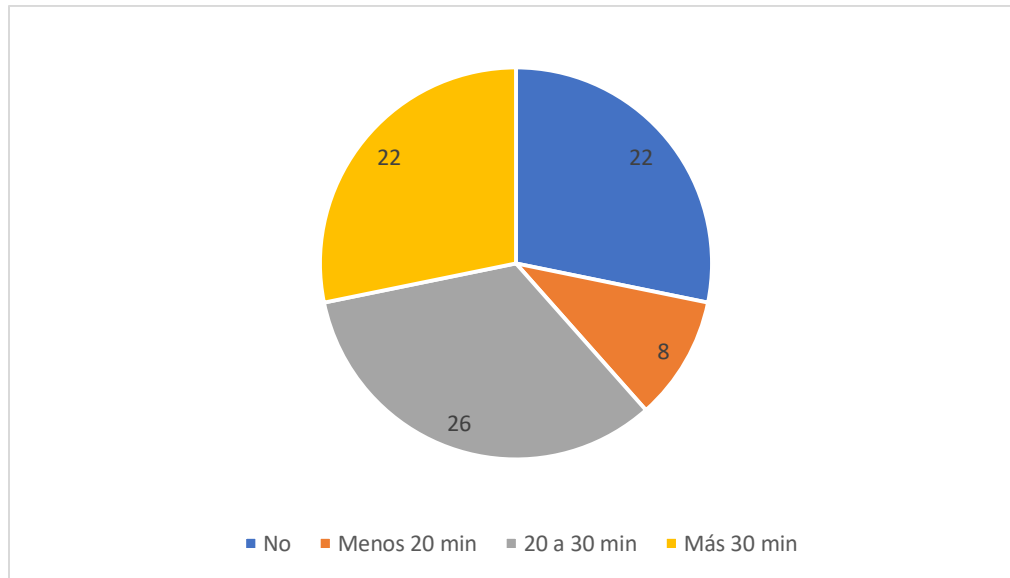


Figura 7. Siestas que realiza la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

En relación con las siestas realizadas por la población en estudio, se puede observar que el 28% (n=22) no realiza siestas en el transcurso del día, mientras que el resto de la población (n=56) sí las realiza, siendo la mayoría 34% (n=26), de 20 a 30 minutos, seguido de un 28% (n=22) con una duración de más de 30 minutos.

4.1.3 Hábitos alimentarios de la población en estudio

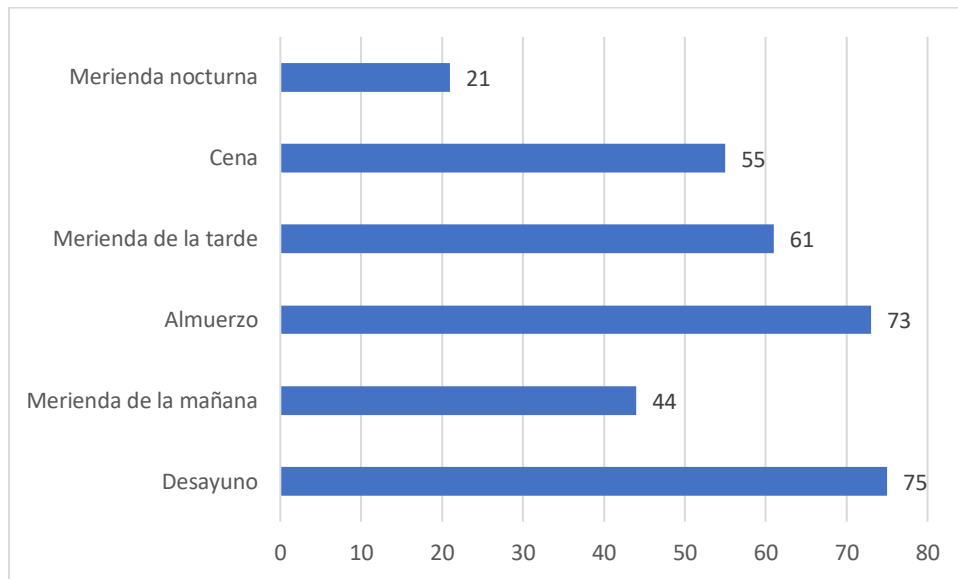


Figura 8. Tiempos de comida que realiza la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

En la figura 8, en relación con los tiempos de comida realizados por la población adulta mayor, se puede observar que la mayoría de la población 96% (n=75) sí realiza el desayuno, seguido de 94% (n=73) que realizan el tiempo de comida del almuerzo, siendo la merienda de la mañana 56% (n=44) y la merienda nocturna 27% (n=21) los tiempos menos realizados por la población.

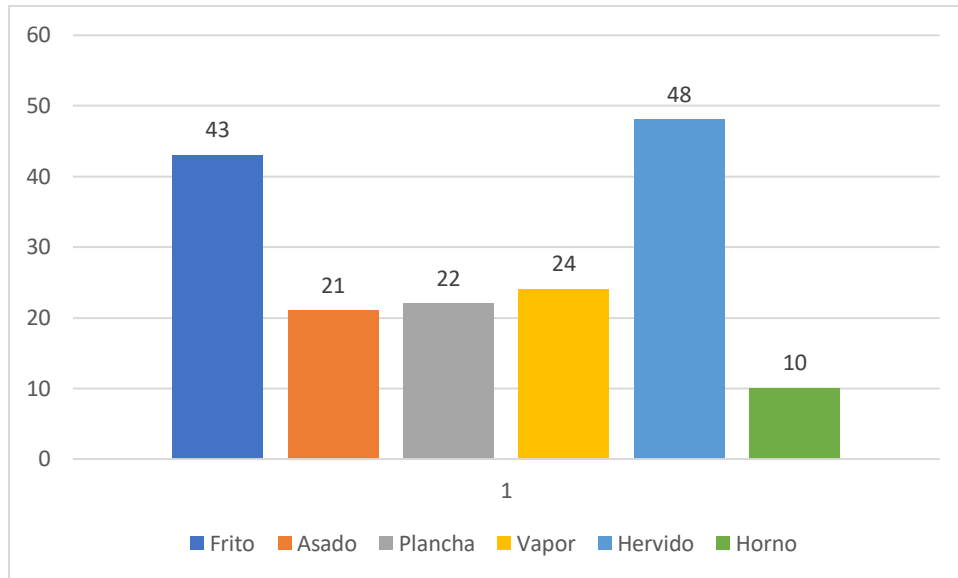


Figura 9. Tipos de cocción utilizados por la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

Con respecto a la figura anterior, en relación con los tipos de cocción más utilizados por la población adulta mayor, se evidencia que la mayoría de la población 62% (n=48) utiliza mayormente el método hervido, seguido de 55% (n=43) que prefiere las frituras. Se logra observar que el método menos utilizado 13% (n=10) es el horneado.

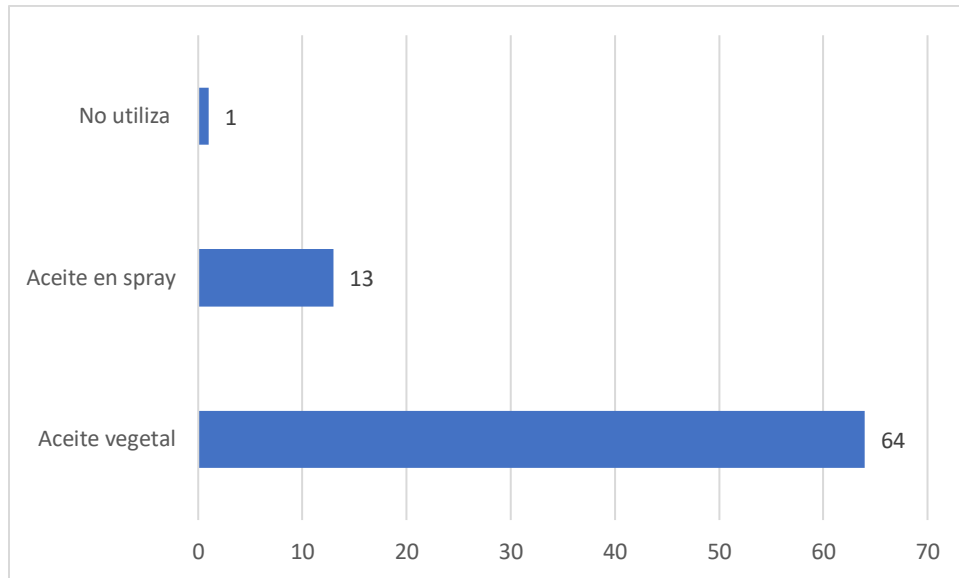


Figura 10. Tipos de grasa utilizados por la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

Con respecto a la figura anterior, en relación con el tipo de grasa utilizado para la cocción de sus alimentos, se puede observar que la mayoría de la población, es decir 82% (n=64), prefiere el uso del aceite vegetal. Mientras tanto, solo el 1% (n=1) no utiliza ningún tipo de aceite para la preparación de sus alimentos.

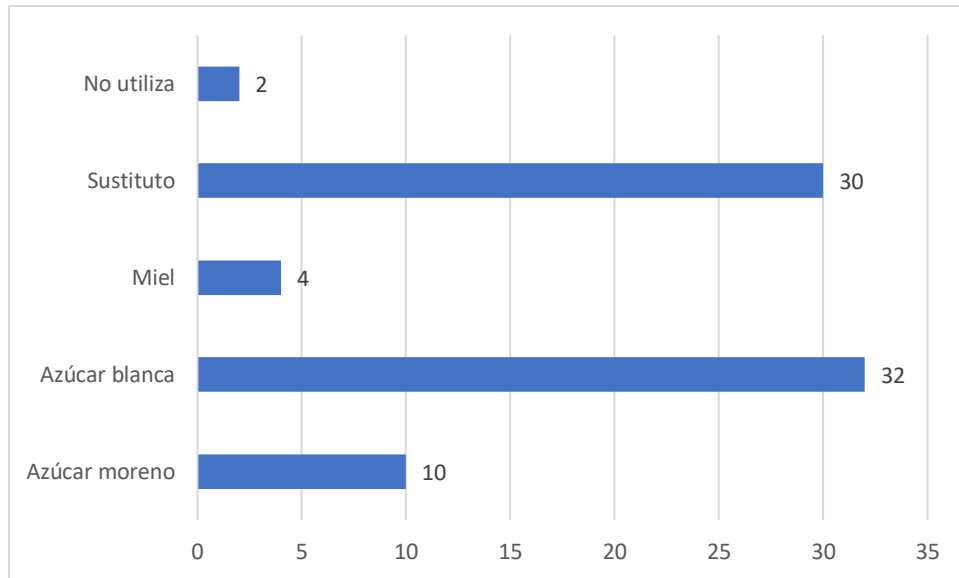


Figura 11. Tipo de endulzante utilizado por la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

Con respecto a la figura anterior, en relación con el tipo de endulzante utilizado, se puede observar que la mayoría de la población, es decir 41% (n=32), utiliza el azúcar blanco, seguido de 38% (n=30) que prefiere el uso de algún sustituto (Splenda, Natuvia, etc.) Mientras tanto, solo el 3% (n=2) de la población no utiliza ningún tipo de endulzante.

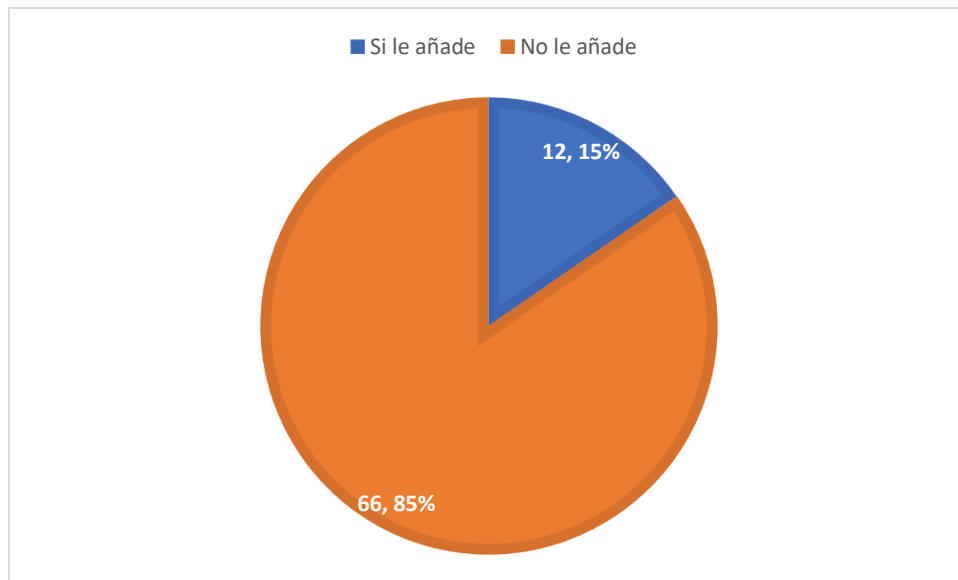


Figura 12. Consumo de sal que tiene la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018.

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

En la figura 12, se puede observar que el total de la población 85% (n=66) no le añade sal a la comida ya preparada, mientras que el 15% (n=12) sí le añade.

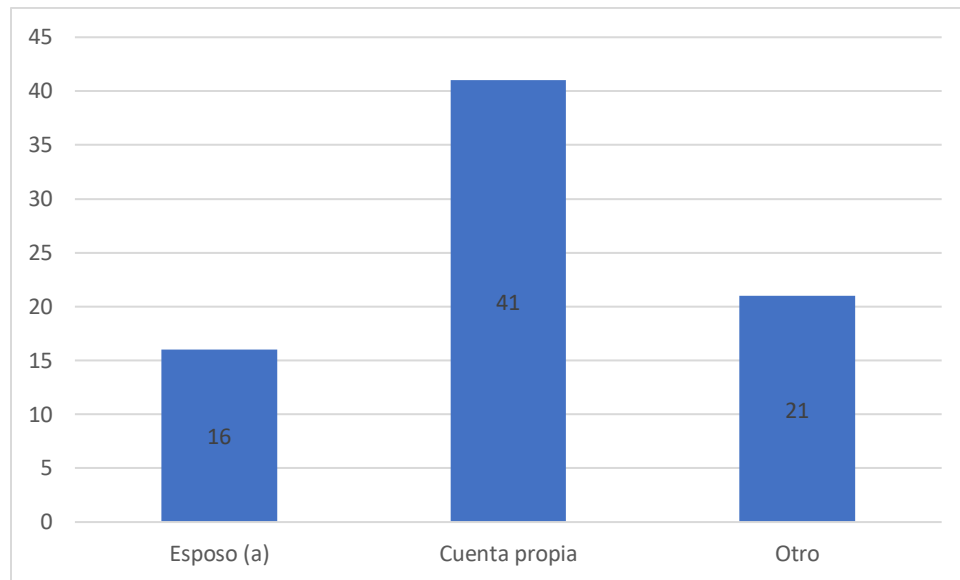


Figura 13. Persona encargada de preparar los alimentos a la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

En la figura anterior, en relación con la persona que prepara los alimentos, se puede observar que la mayoría de la población, es decir 53% (n=41), se prepara por sí misma los alimentos, seguido de 21 personas (27%) que cuentan con alguien que les prepare los alimentos.

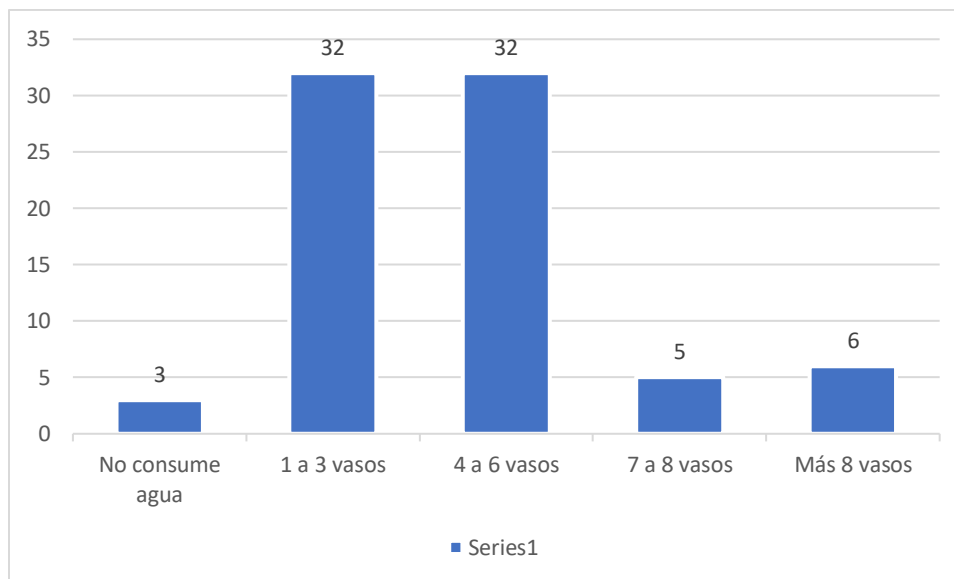


Figura 14. Consumo de agua de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

En la figura anterior, en relación con el consumo de agua y la cantidad de vasos consumidos diariamente, se puede observar que, del total de la población, solo el 4% ($n=3$), no consume agua en el transcurso del día. Mientras tanto, el 96% ($n=75$) sí la consume, siendo la cantidad más consumida de 1 a 3 vasos y de 4 a 6 vasos con un 41% cada una ($n=32$), y la menos consumida está representada por un 6% ($n=5$) de 7 a 8 vasos diarios.

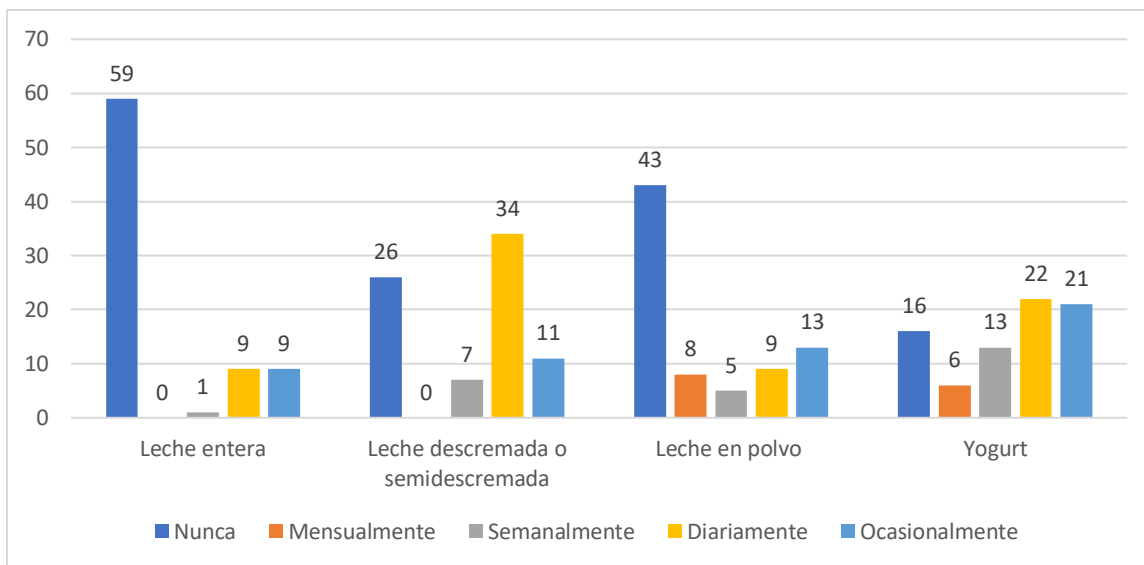


Figura 15. Frecuencia de consumo de productos lácteos de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

Con respecto a la figura anterior, se muestra la frecuencia de consumo de los productos lácteos en la población en estudio. Por lo tanto, se puede determinar, con respecto del consumo de leche, que predomina un bajo consumo de este producto. En el caso de la leche entera, un 76% (n=59) nunca la consume, mientras que la leche descremada o semidescremada un 33% (n=26) nunca la consume. En el caso de la leche descremada o semidescremada, se puede observar que un 44% (n=34) la consume diariamente. En referencia al *yogurt*, se observa que un 28% (n=22) lo consume diariamente, y solo el 21% (n=16) nunca consume dicho producto.

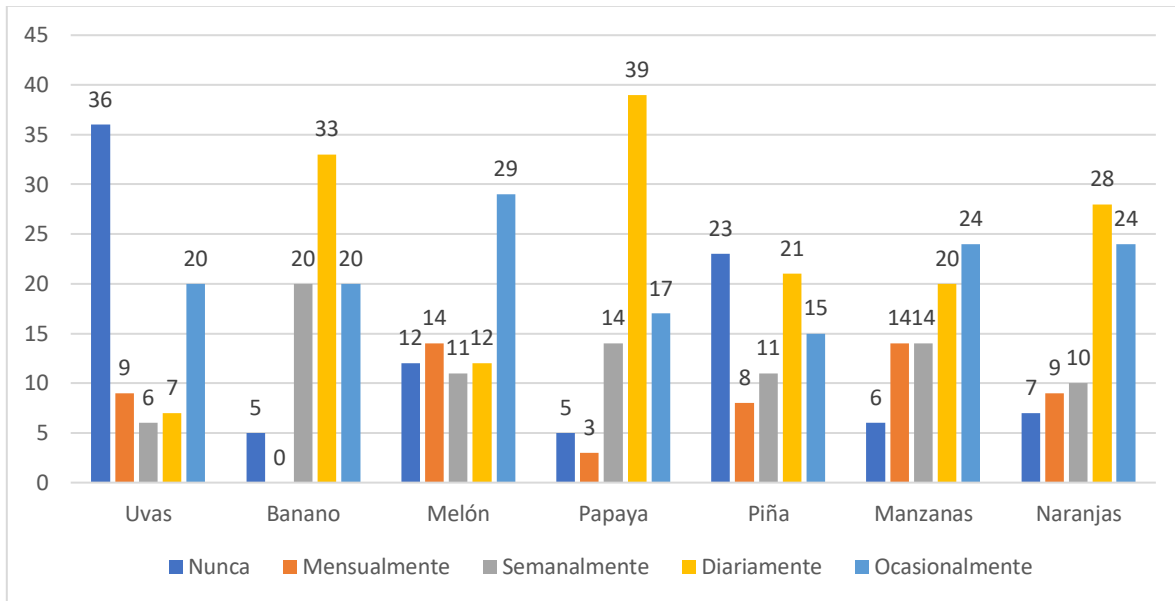


Figura 16. Frecuencia de consumo de frutas de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

En la figura anterior, con respecto al consumo de frutas, se observa que las frutas más consumidas diariamente son la papaya con un 50% (n=39) y el banano representado por un 42% (n=33), seguido de las naranjas con un 36% (n=28). Por otra parte, las frutas menos consumidas por la población adulta mayor son las uvas con un 46% de la población (n=36).

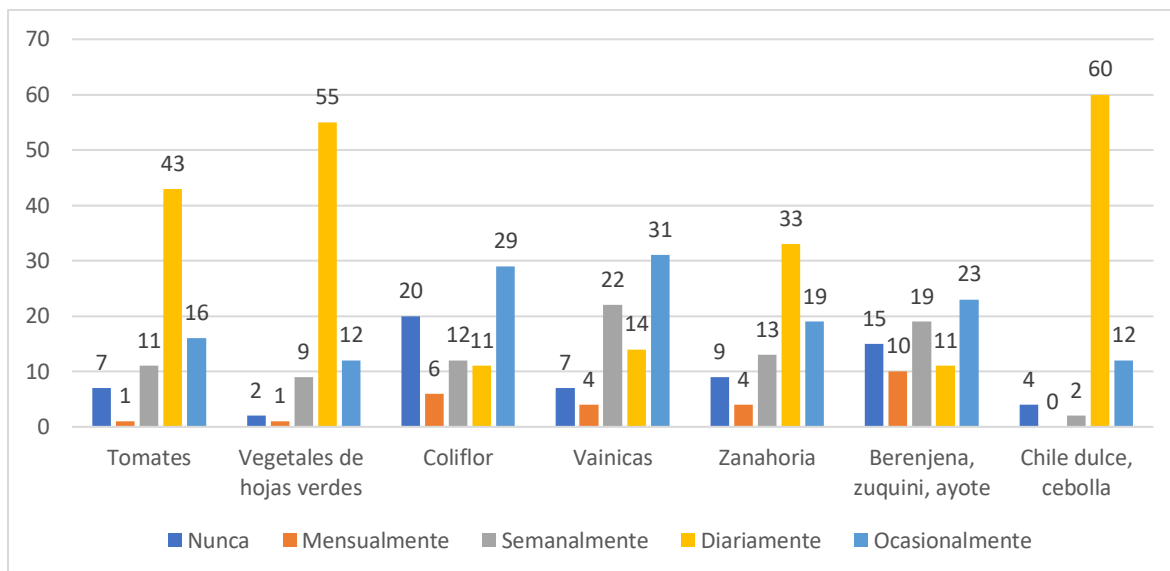


Figura 17. Frecuencia de consumo de vegetales de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

En la figura 17, con respecto al consumo de vegetales, se observa que los vegetales más consumidos diariamente por la población adulta mayor son el chile dulce y la cebolla, representados por un 77% (n=60), seguido por los vegetales de hojas verdes (lechuga, espinaca, apio, culantro, repollo, brócoli) con un 71% (n=55). Mientras tanto, el vegetal nunca consumido es la coliflor con un 26% (n=20).

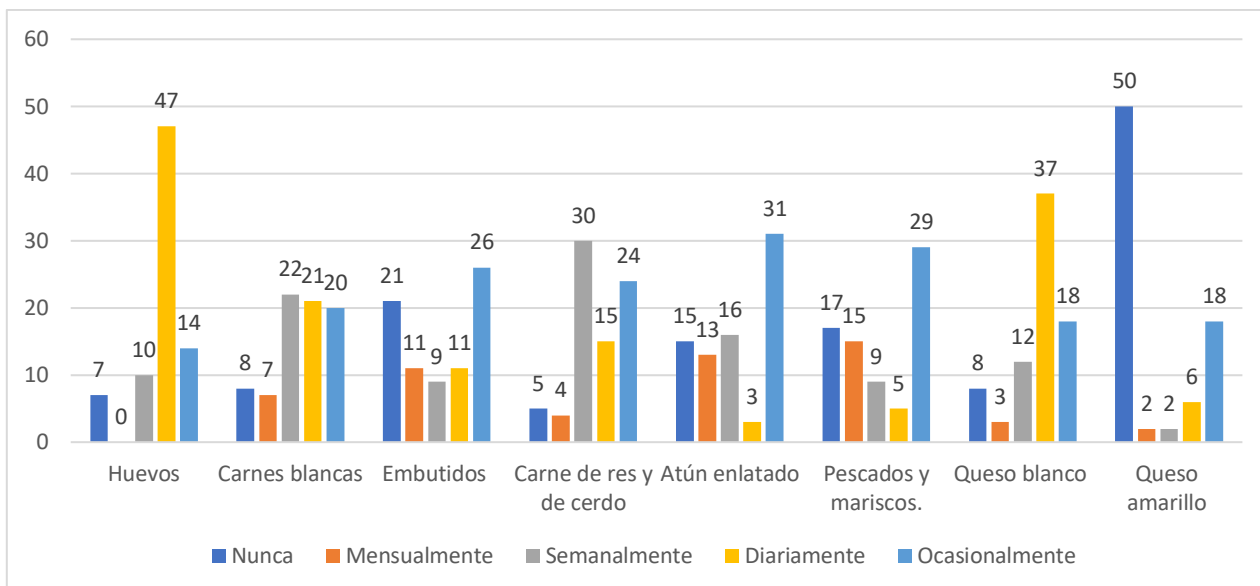


Figura 18. Frecuencia de consumo de productos cárnicos de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

Con respecto de la figura anterior, se puede observar que la población adulta mayor presenta un consumo de productos cárnicos relativamente frecuente. Se puede observar que el producto más consumido diariamente por la población son los huevos con un 60% (n=47). El consumo de carnes de res y cerdo presenta una frecuencia semanal, lo cual está representado por un 38% (n=30).

En el caso del atún enlatado, es consumido de manera ocasional por la población con un 40% (n=31), de igual manera en el caso del pescado y los mariscos representado por un 37% (n=29), seguido de los embutidos con un 33% (n=26). Mientras tanto, con los quesos, la mayoría de la población 64% (n=50) nunca consume quesos amarillos (tipo *cheddar*). Por lo contrario, el 47% de la población (n=37) consume el queso blanco diariamente.

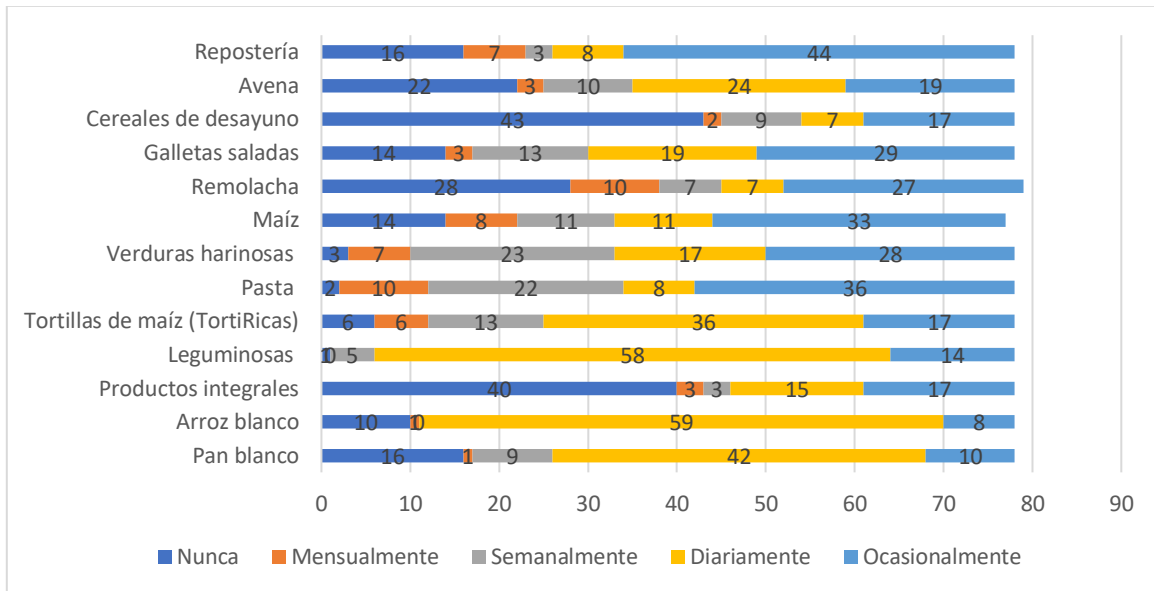


Figura 19. Frecuencia de consumo de alimentos fuente de carbohidratos de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

Con respecto a la figura anterior, se observa que la población adulta mayor tiene un consumo importante de los alimentos fuente de carbohidratos. Con respecto a los productos diariamente más consumidos, se encuentra el arroz blanco representado por un 76% (n=59) y las leguminosas por un 74% (n=58). Con respecto al pan blanco, se observa que el 54% (n=42) lo consume diariamente. En el caso de los cereales de desayuno, se observa que la mayoría de la población 55% (n=43) no los acostumbra consumir.

Otro aspecto importante reflejado en la figura es el bajo consumo de productos integrales, por lo tanto, se observa que el 51% (n=40) no consume productos integrales.

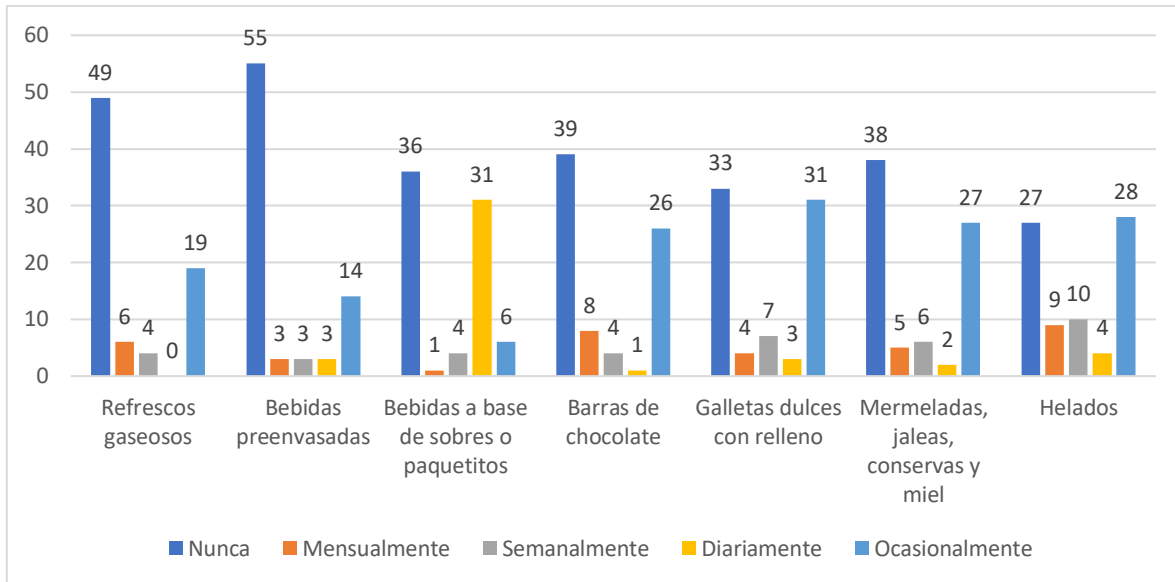


Figura 20. Frecuencia de consumo de productos azucarados de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

Con respecto al consumo de productos azucarados en la población adulta mayor, se observa que las bebidas a base de sobres o paquetitos son las más consumidas, representadas por un 40% (n=31). Por su parte, el 71% de la población (n=55) no consume bebidas preenvasadas, seguido del 63% (n=49) de la población que no consume los refrescos gaseosos.

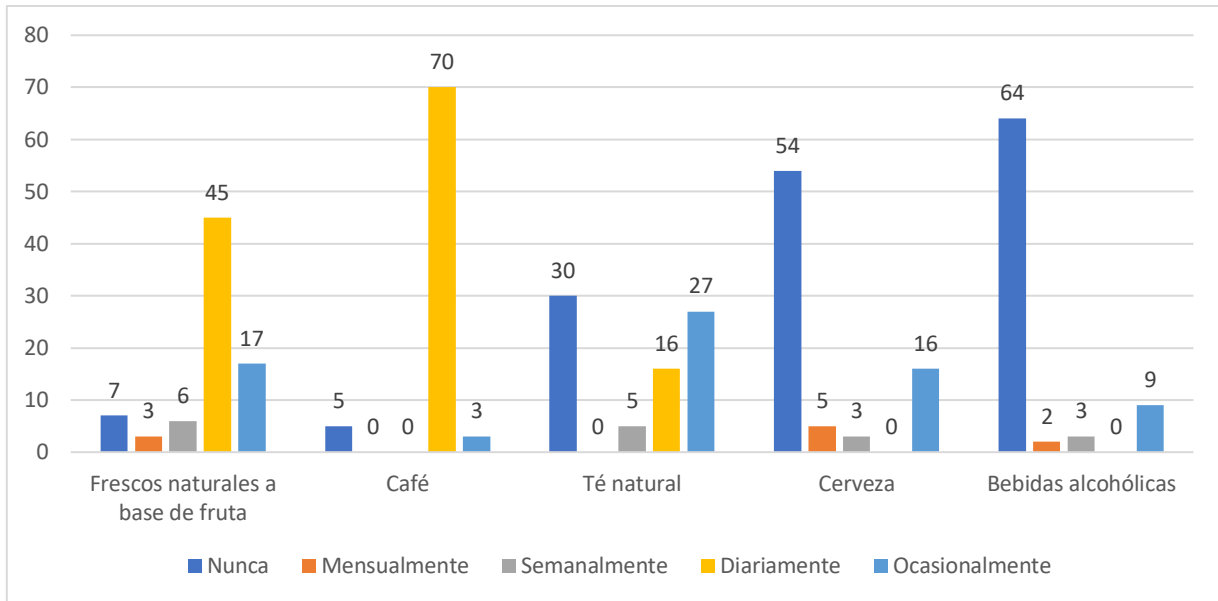


Figura 21. Frecuencia de consumo de bebidas de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

Con respecto al consumo de bebidas en la población adulta mayor, se observa que la mayoría de la población, representada por un 90% ($n=70$), consume café diariamente, seguido del consumo de frescos naturales a base de alguna fruta con un 58% ($n=45$). Por su parte, el 82% ($n=64$) no consume bebidas alcohólicas, seguido de 69% ($n=54$) de la población que no consume la cerveza.

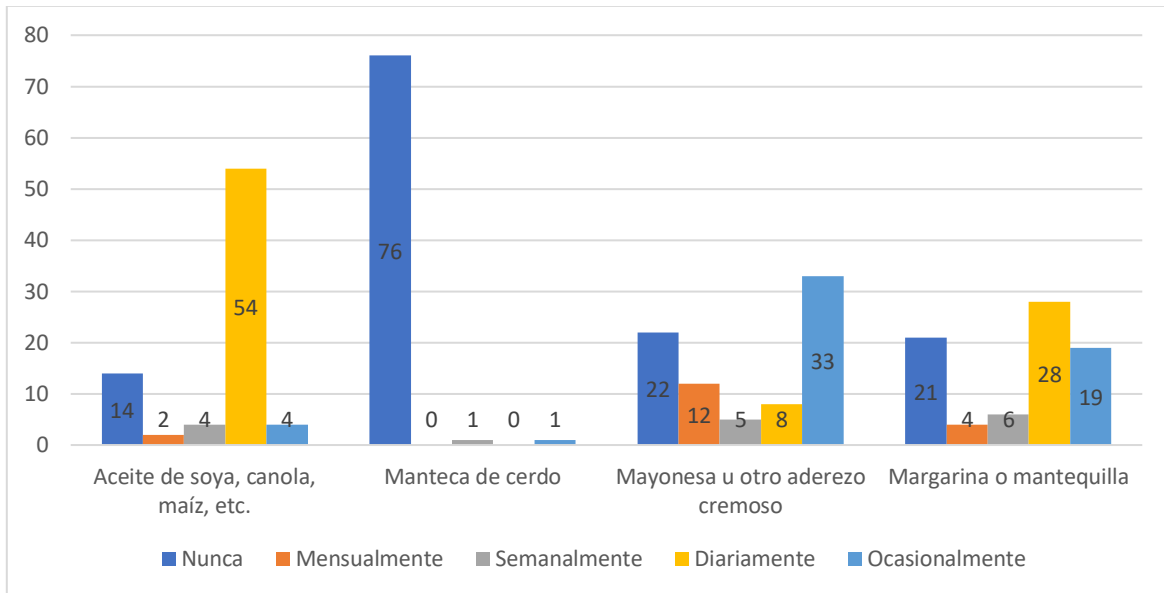


Figura 22. Frecuencia de consumo de grasas de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

En la figura anterior, con respecto al consumo de grasas en la población adulta mayor, se puede observar que, en el caso de las grasas, específicamente en la manteca de cerdo, la mayoría de la población, representada por un 97% (n=76), no la utiliza nunca para la preparación de sus platillos. Mientras tanto, el 69% (n=54) acostumbra utilizar diariamente el aceite (soya, canola, maíz). En el caso de la mayonesa, el 40% (n=31) acostumbra usarlo de manera ocasional.

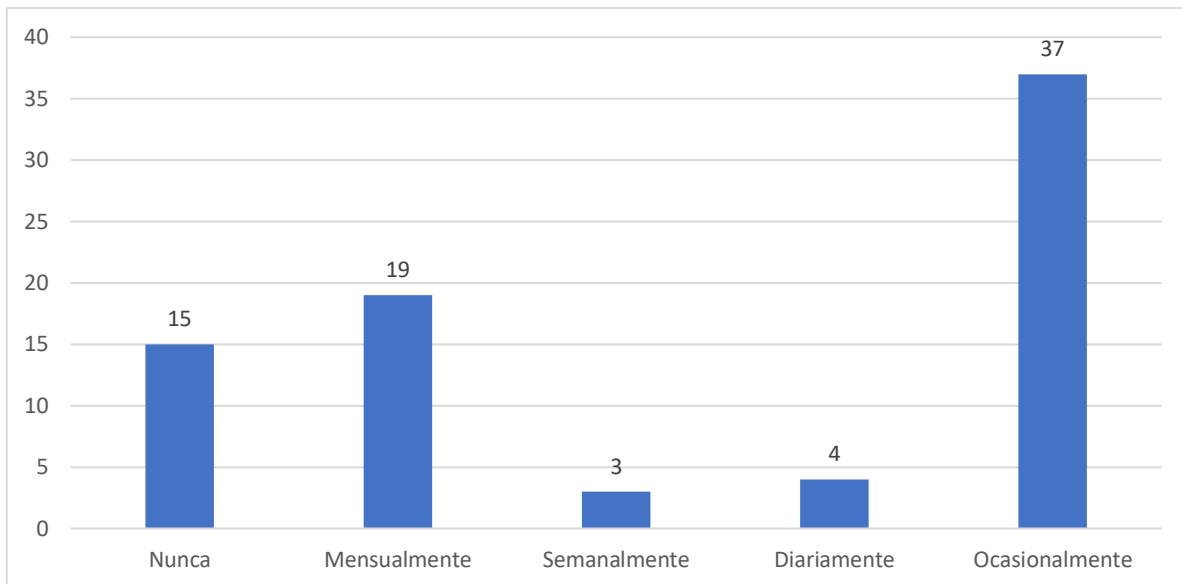


Figura 23. Frecuencia de consumo de comidas rápidas de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, noviembre 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

De acuerdo con la figura anterior, en relación con el consumo de comidas rápidas, se puede observar que el 7% de la población (n=37) realiza un consumo ocasional de dicho producto. Mientras tanto, el 19% (n=15) no acostumbra consumir comidas rápidas.

4.2 Análisis bivariado de resultados

El siguiente apartado muestra los resultados obtenidos para el análisis bivariado de cada variable del estudio.

Para realizar el análisis de asociación entre las distintas variables, se empleará la prueba chi cuadrado, la cual busca establecer si existe relación en las variables. La prueba compara la frecuencia o distribución de datos observados con una distribución esperada de éstos.

Para efectuar esta prueba, se plantean dos hipótesis: una hipótesis nula, la cual asegura que las variables analizadas son independientes una de la otra (no hay relación), y una hipótesis alternativa que asegura que las variables son dependientes (existe alguna relación entre ellas). Adicionalmente, la prueba necesita el cálculo de un estadístico (χ^2). Para este cálculo, es necesario basarse en la fórmula: (total de filas x total de columnas) / total.

La regla de decisión de la prueba establece que, si el valor calculado de χ^2 es mayor al valor tabular, se debe rechazar la hipótesis nula (sí existe relación entre variables). En contraposición, si el valor es menor, la hipótesis nula se mantiene (no hay relación entre las variables). La prueba utiliza un número de grados de libertad, los cuales se calculan al multiplicar el número de filas menos 1 por el número de columnas menos 1, que tiene la tabla de datos observados.

Para la ejecución del estudio, se manejó un nivel de significancia de 0,05.

Tabla 6. Relación de los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores con la diabetes mellitus

Variable 1	Variable 2	Valor chi ²	Nivel de significancia	Relación
Tiempos de comida				
Desayuno	DM	1.06	3.841	No existe
Merienda de la mañana	DM	1.40	3.841	No existe
Almuerzo	DM	0.46	3.841	No existe
Merienda de la tarde	DM	1.86	3.841	No existe
Cena	DM	1.50	3.841	No existe
Colación nocturna	DM	1.66	3.841	No existe
Tipos de cocción				
Frito	DM	0.40	3.841	No existe
Asado	DM	1.07	3.841	No existe
A la plancha	DM	0.29	3.841	No existe
Al vapor	DM	0.34	3.841	No existe
Hervido	DM	0.01	3.841	No existe
Al horno	DM	0.25	3.841	No existe
Tipos de grasa				
Aceite vegetal	DM	0.14	3.841	No existe
Aceite en <i>spray</i>	DM	0.01	3.841	No existe

No utiliza aceite	DM	0.91	3.841	No existe
Tipo de endulzante				
Azúcar blanco	DM	1.00	3.841	No existe
Azúcar moreno	DM	3.46	3.841	No existe
Miel	DM	3.80	3.841	No existe
Sustituto	DM	8.10	3.841	Existe
No utiliza endulzante	DM	0.00	3.841	No existe
Sal	DM	0.18	3.841	No existe
Agua	DM	2.81	3.841	No existe

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018, Se utiliza la prueba estadística χ^2

Mediante la prueba realizada para el análisis estadístico de las variables, el cruce entre los hábitos alimentarios de las personas adultos mayores con las ECNT, específicamente con la diabetes mellitus, se obtiene como resultado que existe una relación entre dicha patología, con el uso de algún sustituto como endulzante (Splenda, Natuvia, etc.)

Tabla 7. Relación de los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores con la hipertensión arterial

Variable 1	Variable 2	Valor chi²	Nivel de significancia	Relación
Tiempos de comida				
Desayuno	HTA	2.14	3.841	No existe
Merienda de la mañana	HTA	1.17	3.841	No existe
Almuerzo	HTA	1.47	3.841	No existe
Merienda de la tarde	HTA	1.65	3.841	No existe
Cena	HTA	7.41	3.841	Existe
Colación nocturna	HTA	0.26	3.841	No existe
Tipos de cocción				
Frito	HTA	1.84	3.841	No existe
Asado	HTA	6.06	3.841	Existe
A la plancha	HTA	0.03	3.841	No existe
Al vapor	HTA	2.73	3.841	No existe
Hervido	HTA	1.41	3.841	No existe
Al horno	HTA	7.58	3.841	Existe
Tipos de grasa				
Aceite vegetal	HTA	0.10	3.841	No existe
Aceite en <i>spray</i>	HTA	0.29	3.841	No existe
No utiliza aceite	HTA	0.30	3.841	No existe

Tipo de endulzante

Azúcar blanco	HTA	0.01	3.841	No existe
Azúcar moreno	HTA	4.11	3.841	Existe
Miel	HTA	3.57	3.841	No existe
Sustituto	HTA	5.29	3.841	Existe
No utiliza endulzante	HTA	0.47	3.841	No existe
Sal	HTA	0.60	3.841	No existe
Agua	HTA	1.47	3.841	No existe

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018. Se utiliza la prueba estadística χ^2

En la tabla 7, se observa el cruce de variables de los hábitos alimentarios con la hipertensión arterial, de la cual se obtiene como resultado que, de los hábitos mencionados, el tiempo de comida denominado cena, los métodos de cocción asado y al horno, así como también los endulzantes como el azúcar moreno y los sustitutos (Splenda, Natuvia, etc.) presentan una relación con la HTA.

Tabla 8. Relación de los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores con las dislipidemias

Variable 1	Variable 2	Valor χ^2	Nivel de significancia	Relación
Tiempos de comida				
Desayuno	Dislipidemias	0.18	3.841	No existe
Merienda de la mañana	Dislipidemias	0.76	3.841	No existe
Almuerzo	Dislipidemias	0.56	3.841	No existe
Merienda de la tarde	Dislipidemias	0.02	3.841	No existe
Cena	Dislipidemias	2.76	3.841	No existe
Colación nocturna	Dislipidemias	0.07	3.841	No existe
Tipos de cocción				
Frito	Dislipidemias	0.15	3.841	No existe
Asado	Dislipidemias	0.10	3.841	No existe
A la plancha	Dislipidemias	0.10	3.841	No existe
Al vapor	Dislipidemias	-	3.841	-
Hervido	Dislipidemias	1.08	3.841	No existe
Al horno	Dislipidemias	0.18	3.841	No existe
Tipos de grasa				
Aceite vegetal	Dislipidemias	0.89	3.841	No existe
Aceite en <i>spray</i>	Dislipidemias	0.70	3.841	No existe
No utiliza aceite	Dislipidemias	0.37	3.841	No existe

Tipo de endulzante

Azúcar blanco	Dislipidemias	0.34	3.841	No existe
Azúcar moreno	Dislipidemias	1.88	3.841	No existe
Miel	Dislipidemias	0.29	3.841	No existe
Sustituto	Dislipidemias	0.15	3.841	No existe
No utiliza endulzante	Dislipidemias	0.18	3.841	No existe
Sal	Dislipidemias	1.00	3.841	No existe
Agua	Dislipidemias	0.56	3.841	No existe

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018. Se utiliza la prueba estadística χ^2

En la figura anterior, se observa que no se presenta ningún tipo de relación en el cruce de las variables entre hábitos alimentarios y las dislipidemias.

Tabla 9. Relación de los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores con las enfermedades cardiovasculares

Variable 1	Variable 2	Valor chi²	Nivel de significancia	Relación
Tiempos de comida				
Desayuno	ECV	6.17	3.841	Existe
Merienda de la mañana	ECV	10.42	3.841	Existe
Almuerzo	ECV	0.95	3.841	No existe
Merienda de la tarde	ECV	1.41	3.841	No existe
Cena	ECV	0.63	3.841	No existe
Colación nocturna	ECV	1.88	3.841	No existe
Tipos de cocción				
Frito	ECV	0.48	3.841	No existe
Asado	ECV	1.57	3.841	No existe
A la plancha	ECV	0.29	3.841	No existe
Al vapor	ECV	0.53	3.841	No existe
Hervido	ECV	0.02	3.841	No existe
Al horno	ECV	0.32	3.841	No existe
Tipos de grasa				
Aceite vegetal	ECV	2.94	3.841	No existe
Aceite en <i>spray</i>	ECV	3.57	3.841	No existe
No utiliza aceite	ECV	0.33	3.841	No existe

Tipo de endulzante

Azúcar blanco	ECV	0.11	3.841	No existe
Azúcar moreno	ECV	0.32	3.841	No existe
Miel	ECV	4.48	3.841	Existe
Sustituto	ECV	0.67	3.841	No existe
No utiliza endulzante	ECV	0.16	3.841	No existe
Sal	ECV	0.38	3.841	No existe
Agua	ECV	0.51	3.841	No existe

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018. Se utiliza la prueba estadística χ^2

En el cruce de variables realizado entre los hábitos alimentarios y las enfermedades cardiovasculares, se presentan tres relaciones: la primera relación es en cuanto a los tiempos de comida del desayuno y la merienda de la mañana, respectivamente, así como también en el uso de la miel como endulzante.

Tabla 10. Relación de la frecuencia de consumo de las personas adultas mayores con las enfermedades crónicas no transmisibles

Variable 1	Variable 2	Valor chi²	Nivel de significancia	Relación
Productos lácteos	Diabetes mellitus	2.52	3.841	No existe
Frutas	Diabetes mellitus	-	3.841	-
Vegetales	Diabetes mellitus	-	3.841	-
Productos cárnicos	Diabetes mellitus	-	3.841	-
Alimentos fuente de carbohidratos	Diabetes mellitus	-	3.841	-
Productos azucarados	Diabetes mellitus	5.18	3.841	Existe
Bebidas	Diabetes mellitus	0.59	3.841	No existe
Grasas	Diabetes mellitus	0.02	3.841	No existe
Comidas rápidas	Diabetes mellitus	1.15	3.841	No existe
Productos lácteos	HTA	0.41	3.841	No existe
Frutas	HTA	-	3.841	-
Vegetales	HTA	-	3.841	-
Productos cárnicos	HTA	-	3.841	-

Alimentos fuente de	HTA	-	3.841	-
carbohidratos				
Productos	HTA	0.003	3.841	No existe
azucarados				
Bebidas	HTA	2.07	3.841	No existe
Grasas	HTA	2.07	3.841	No existe
Comidas rápidas	HTA	0.08	3.841	No existe
Productos lácteos	Dislipidemias	0.37	3.841	No existe
Frutas	Dislipidemias	-	3.841	-
Vegetales	Dislipidemias	-	3.841	-
Productos cárnicos	Dislipidemias	-	3.841	-
Alimentos fuente de	Dislipidemias	-	3.841	-
carbohidratos				
Productos	Dislipidemias	0.007	3.841	No existe
azucarados				
Bebidas	Dislipidemias	0.56	3.841	No existe
Grasas	Dislipidemias	0.37	3.841	No existe
Comidas rápidas	Dislipidemias	0.18	3.841	No existe
Productos lácteos	ECV	1.64	3.841	No existe
Frutas	ECV	-	3.841	-
Vegetales	ECV	-	3.841	-
Productos cárnicos	ECV	-	3.841	-

Alimentos fuente de carbohidratos	ECV	-	3.841	-
Productos azucarados	ECV	1.53	3.841	No existe
Bebidas	ECV	5.61	3.841	Existe
Grasas	ECV	10.26	3841	Existe
Comidas rápidas	ECV	0.20	3.841	No existe

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018. Se utiliza la prueba estadística χ^2

En el cruce de variables realizado entre los grupos de alimentos con las enfermedades crónicas no transmisibles, se puede observar que la diabetes mellitus se relaciona con los productos azucarados (refrescos gaseosos, bebidas preenvasadas, bebidas a base de sobres o paquetitos, barras de chocolate, galletas dulces con relleno, mermeladas y helados).

En caso de las enfermedades cardiovasculares, se encontró relación con las bebidas (frescos naturales, café, té natural, cerveza, bebidas alcohólicas) y con las grasas (aceite de soya, canela, etc., manteca de cerdo, mayonesa, margarina o mantequilla).

Tabla 11. Relación de los estilos de vida de las personas adultas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles

Variable 1	Variable 2	Valor chi²	Nivel de significancia	Relación
Alcohol	Diabetes mellitus	2.08	3.841	No existe
Cigarrillo	Diabetes mellitus	0.85	3.841	No existe
Actividad física	Diabetes mellitus	0.07	3.841	No existe
Condición de la dentadura	Diabetes mellitus	0.27	5.991	No existe
Problemas deglutivos	Diabetes mellitus	3.25	5.991	No existe
Horas que duerme en la noche	Diabetes mellitus	4.12	5.991	No existe
Siestas	Diabetes mellitus	6.43	3.841	Existe
Alcohol	Hipertensión arterial	1.05	3.841	No existe
Cigarrillo	Hipertensión arterial	0.62	3.841	No existe
Actividad física	Hipertensión arterial	3.40	3.841	No existe
Condición de la dentadura	Hipertensión arterial	8.32	5.991	Existe
Problemas deglutivos	Hipertensión arterial	0.72	5.991	No existe
Horas que duerme en la noche	Hipertensión arterial	0.32	5.991	No existe

Siestas	Hipertensión arterial	1.54	3.841	No existe
Alcohol	Dislipidemias	4.32	3.841	Existe
Cigarrillo	Dislipidemias	0.29	3.841	No existe
Actividad física	Dislipidemias	0.15	3.841	No existe
Condición de la dentadura	Dislipidemias	6.97	5.991	Existe
Problemas deglutivos	Dislipidemias	1.14	5.991	No existe
Horas que duerme en la noche	Dislipidemias	3.36	5.991	No existe
Siestas	Dislipidemias	0.02	3.841	No existe
Alcohol	Enfermedades cardiovasculares	0.17	3.841	No existe
Cigarrillo	Enfermedades cardiovasculares	0.41	3.841	No existe
Actividad física	Enfermedades cardiovasculares	0.48	3.841	No existe
Condición de la dentadura	Enfermedades cardiovasculares	0.72	5.991	No existe
Problemas deglutivos	Enfermedades cardiovasculares	1.99	5.991	No existe

Horas que duerme en la noche	Enfermedades cardiovasculares	0.85	5.991	No existe
Siestas	Enfermedades cardiovasculares	2.23	3.841	No existe

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018. Se utiliza la prueba estadística χ^2

Tomando en cuenta la prueba realizada para el análisis estadístico de las variables, en el cruce de la variable de estilos de vida con las enfermedades crónicas no transmisibles, se obtiene lo siguiente:

- En el caso de la diabetes mellitus, se observa que se presenta una relación entre la realización de siestas con dicha patología.
- En cuanto a la hipertensión arterial, se obtiene una relación con la condición de la dentadura que presenta la persona adulta mayor.
- Se observa una relación entre el consumo de alcohol con las dislipidemias, así como la relación entre dicha patología con la condición de la dentadura.
- Por último, en relación con las enfermedades cardiovasculares, se observa que no tiene relación con la variable de estilos de vida.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 Discusión e interpretación de resultados

A continuación, se presenta la discusión e interpretación de los resultados obtenidos, donde se expone una posible respuesta al problema de la investigación con el fin de mostrar las relaciones existentes entre los hechos observados con el fin de buscar su posible relación o no en comparación con investigaciones anteriores.

En primera instancia, la distribución de la muestra del estudio corresponde a 55 adultos mayores del sexo femenino y 23 del sexo masculino, siendo la población total de 78 adultos mayores.

Con respecto a las características sociodemográficas de la persona adulta mayor, en la tabla 3, se observa cómo la mayoría de la población se encuentra en un rango de edad entre los 70 y 79 años (74%), seguido del rango entre 65 y 69 años (28%). Esto tiene una importante relación con el aumento de la esperanza de vida de las personas adultas mayores de 65 años. De acuerdo con el I Informe del Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, una vez que las personas mayores cumplen 65 años, viven más años y esto aumenta la esperanza de vida (Robles, 2008).

Otra diferencia importante entre hombres y mujeres de 65 años y más es el estado conyugal. Las mujeres tienen una esperanza de vida cinco veces mayor que la de los hombres, por lo tanto, la condición de viudez es más frecuente y predominante en el sexo femenino. Una de cada cinco mujeres entre las edades de 65 a 69 años es viuda, mientras que, en el caso de los hombres, solo uno de cada veinte se encuentra en esa condición (Robles, 2008).

En la figura 1, se puede observar que la mayoría de la población adulta mayor convive en su hogar con 1 a 2 personas (46%). En unos 230 mil hogares o un 19% de los hogares del

país vive una persona adulta mayor. Del total de personas adultas mayores, aproximadamente un 12% vive en un hogar unipersonal. Esta proporción es mayor entre las mujeres (14%) (Rodríguez y Robles, 2008).

Por otra parte, con respecto al ingreso económico de los adultos mayores, se determina que la mayoría de la población recibe apoyo económico de un familiar. Según el INEC, en los datos correspondientes al ingreso total mensual promedio de la población mayor, se determina que la fuente económica de las PAM proviene de un ingreso no autónomo, como las pensiones contributivas con un mayor porcentaje (41,5%) (Rodríguez y Robles, 2008).

Las enfermedades crónicas son de larga duración y, por lo general, de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes constituyen las principales causas de mortalidad en el mundo; son responsables del 60% de las muertes (Bertoldo, et al, 2013).

En la actualidad, las ECNT representan un gran desafío para los servicios médicos a nivel mundial. Se espera que este tipo de patologías corresponda a un 78% de la mortalidad en todo el mundo para el año 2020. Para la O.M.S. (2015), en la actualidad, estas enfermedades son las responsables de la muerte de 38 millones de personas al año.

Las tres primeras causas de muerte en México en 2012 fueron la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. En conjunto, las enfermedades no transmisibles concentraron el 77% de las muertes en el país. La prevalencia de diabetes mellitus en adultos en México asciende, además de ser la principal causa de ceguera, insuficiencia renal y amputación de miembros inferiores.

Por otra parte, la incidencia de hipertensión arterial en población adulta es también una causa frecuente de muerte y un importante factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades no transmisibles, como cardiopatías, infarto agudo de miocardio, accidentes cerebrovasculares y enfermedades renales.

De acuerdo con Roselló (2003), las enfermedades concomitantes, sobre todo la hipertensión arterial y los trastornos del metabolismo del colesterol y triglicéridos, constituyen un factor de riesgo importante para el desarrollo de la diabetes. Como se muestra en la figura 3, la enfermedad que ocupa el primer lugar en padecimiento de la población en estudio es la hipertensión arterial (69%), seguida de la diabetes mellitus (46%).

En Colombia, durante los últimos años, la mortalidad por enfermedades crónicas ha representado más del 25%. En Cali, para 1995, la primera causa de muerte en mujeres fueron las enfermedades cardiovasculares y la quinta fue la diabetes. En Medellín, para los años de 1997-2002, las enfermedades que más reportaron los adultos fueron la hipertensión arterial (38,1%), seguido de la diabetes mellitus (13,2%) (Durán, et al., 2010).

Entre los principales factores de riesgo que causan las ECNT, se encuentran el consumo de tabaco y el abuso de alcohol. Se estima que aproximadamente 3.2 millones de personas mueren al año por causa del abuso del consumo de alcohol, lo cual significa que 3.8% del total de muertes por enfermedades crónicas. Lo anterior es contrario a los resultados obtenidos en el estudio, donde se observó que la mayoría de la población no consume bebidas alcohólicas (86%). Entre el año 2000 y 2012, en México, se observó un aumento en el porcentaje de adultos que consumen alcohol (de 39.7% en 2000 a 34.1% en 2006 y a 53.9% en 2012) (Guerrero, et al., 2013).

Por su parte, Jiménez, Núñez y Coto (2013), en su estudio de actividad física para el adulto mayor en el medio natural, mencionan que después de los 60 años o incluso antes, la capacidad funcional de la PAM se reduce por causa de algún tipo de discapacidad, sea física, mental o social. Por lo tanto, comienzan a ser más susceptibles a las molestias pequeñas, como consecuencia de los cambios fisiológicos y anatómicos que presentan, lo cual los lleva a un estado mayor de sedentarismo y a un mayor alejamiento del entorno social.

Se determina que la población adulta mayor presenta un porcentaje importante de sedentarismo, tanto en hombres, como en mujeres. Sin embargo, dicha situación se presenta en un mayor número de hombres que no realizan actividad física. Además, otro aspecto importante es que la mayoría de los adultos mayores presenta hipertensión arterial. Por lo tanto, el sedentarismo es un factor que contribuye en el desarrollo de la hipertensión arterial.

Dichos estudios obtenidos presentan relación con un estudio realizado en Colombia, donde se menciona que casi el total de la población tenía una vida sedentaria. Asimismo, los autores encontraron que una de las enfermedades crónicas diagnosticadas con mayor frecuencia es la hipertensión arterial. Además, se determinó que la mayor prevalencia de enfermedades tiene una relación con el incremento de la edad y el sexo femenino (Villareal & Month, 2012).

La actividad física y el ejercicio producen beneficios incontables en la salud de las personas adultas mayores. Además, existen beneficios en el nivel socio-afectivo, los cuales son generalmente relacionados con el hecho de sentirse bien y disminuir lentamente el consumo o adicción a los medicamentos (Jiménez, Núñez y Coto, 2013).

Por otra parte, con respecto de los resultados obtenidos en los datos clínicos de la población, se presenta un porcentaje mayor de personas adultas mayores que utilizan prótesis dental (55%). Además, la mayoría de personas mayores sufre de algún grado de enfermedad periodontal, lo cual conlleva a la pérdida de soporte, pérdida de inserción, cuadros severos de movilidad dentaria, y finalmente, lleva a una pérdida de piezas dentarias, lo que conduce a un mayor uso de dichas prótesis dentales (Chávez, Chávez y Guzmán, 2014).

En un estudio realizado en México, luego de la aplicación de un instrumento de autoevaluación en los pacientes como predictor de la salud bucal, se obtuvo, como resultado, que los adultos mayores antes del uso de las prótesis dentales mostraron una percepción más negativa en función de la masticación, donde se ve afectado por un menor consumo de alimentos, elección de alimentos más blandos, o bien, restricción de alimentos por la falta de dientes. Por ende, se determinó que, luego de la aplicación de la prótesis dental, tuvieron una percepción más positiva en cuanto a las características mencionadas, por lo que el uso de la prótesis, en este caso, obtuvo un resultado positivo en cuanto a la población descrita (Esquivel y Jiménez, 2012).

La hipertensión arterial afecta a casi el 40% de la población, mientras que la inflamación crónica de las encías afecta al 73% de la población, y cada vez son más los pacientes que reúnen estas dos características. Los tratamientos antihipertensivos actúan a dos niveles a nivel bucal, en primer lugar, provocan una hipertrofia gingival. Por otra parte, también tienen graves repercusiones sobre el flujo salival, lo cual provoca una hipofunción de las glándulas salivares, terminando en una xerostomía, que a su vez, repercute de manera negativa y favorece la aparición de caries, además de un aumento considerable del índice de sangrado en pacientes hipertensos. Se ha demostrado que hay un aumento proporcional de la

tensión con respecto a las pérdidas dentarias, de ahí se puede afirmar que, a menos dientes en boca, mayores cifras de tensión arterial (Llanera, 2012).

De acuerdo con la Asociación Estadounidense del Corazón (AHA), la mala salud bucal está relacionada con la alta presión arterial. En un estudio donde se analizaron más de 3600 exámenes dentales de personas hipertensas, se determinó que las personas con enfermedades en las encías tienen 20% menos de posibilidades de alcanzar una presión sanguínea saludable.

Una hipertensión no tratada o controlada deficientemente puede llevar a infartos, embolias y fallas cardíacas y renales. AHA estima que anualmente la hipertensión cobra 7,5 millones de vida en el planeta (Pietropaoli, 2018).

Según Moya, et al. (2017), sujetos con un perfil lipídico alterado y un elevado nivel sérico de triglicéridos han mostrado ser más propensos a presentar periodontitis más severa que pacientes con otras alteraciones en los valores de su perfil lipídico.

Como se observa en la figura 7, el 28% de la población no realiza siestas en el transcurso del día, mientras que la población restante (72%) sí las realiza, siendo la mayoría (34%) siestas con duración de 20 a 30 minutos, seguido de un 28% de siestas de más de 30 minutos.

Una investigación presentada en Munich, muestra que las siestas diurnas de más de 1 hora de duración advierten el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 a un 45%. El sueño es un componente importante en una vida saludable, junto con una buena dieta y la actividad física apropiada. Se reveló que una siesta más larga (≥ 60 min / día) aumentó significativamente el riesgo de diabetes tipo 2 en comparación con no dormir siestas durante

el día. Por lo contrario, una siesta más corta (<60 min / día) no plantea amenaza alguna (Tomahide, 2016).

Como se observa en la figura 8, en lo referente a tiempos de comida, los tiempos más realizados por la PAM son el desayuno (96%), seguido del almuerzo (94%) y de la merienda de la tarde (78%).

Según Restrepo, et al. (2006), en lo referente a los hábitos alimentarios de los adultos mayores, se encontró que la mayoría consume tres o más comidas al día. Sin embargo, el 8.2% consume solo 1 o 2 comidas, lo cual implica un riesgo de déficit en el consumo de calorías y nutrientes que contribuye a los procesos de fragilización. Los tiempos de comida de mayor consumo son el desayuno (96%), el almuerzo (92%) y la cena (77%).

En cuanto a los tipos de cocción, se obtuvo como resultado que la mayoría de la población adulta mayor prefiere el método hervido (62%), seguido de las frituras (55%).

Lo anterior tiene relación con un estudio realizado por Restrepo, et al. (2006), donde se encontró que un 54% de los adultos mayores consume alimentos fritos todos los días. De éstos, el 86% consume entre una y tres frituras, mientras el resto, correspondiente a un 14% consume 4 o más alimentos fritos.

Como se menciona en un estudio realizado por Brown, et al. (2011), al igual que el azúcar, las grasas aportan gran cantidad de energía. Por lo tanto, un consumo excesivo de éstas, principalmente grasas saturadas, se asocia con la aparición de sobrepeso y obesidad, que más tarde contribuirán al desarrollo de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, dislipidemias, problemas cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer.

Las calorías provenientes de la grasa deben representar entre el 25 y el 35% de la alimentación diaria, las cuales provengan preferiblemente de alimentos ricos en grasas monoinsaturadas, poliinsaturadas y ácidos grasos esenciales, como los aceites vegetales.

Por otro lado, el agua es un recurso natural indispensable para la vida y esencial como nutriente en nuestra alimentación cotidiana. Es muy importante que su consumo asegure la calidad y la cantidad adecuadas, en especial, cuando conocemos la influencia que el grado de hidratación puede tener sobre la salud y el bienestar de las personas (Álvarez, et al., 2008).

Las necesidades basales de líquidos en los mayores, al igual que en los adultos, se cifran en torno a 30-35 ml por kg de peso al día, o bien, 1-1,5 ml. Asimismo, es posible que mayores cantidades de líquido total puedan ser necesarias para aquellas personas que son físicamente activas y / o están expuestas a un ambiente caluroso (Álvarez, et al., 2008).

En relación con el consumo de agua y la cantidad de vasos consumidos diariamente por la población en estudio, se puede observar que, del total de la población, solo el 4% (n=3) no consume agua en el transcurso del día. Mientras tanto, el 96% (n=75) sí la consumen, siendo la cantidad más consumida de 1 a 3 vasos y de 4 a 6 vasos con un 41% cada una (n=32).

Por otra parte, con respecto al consumo alimentario de la PAM referente a los productos lácteos, se distingue que la población adulta mayor tiene un bajo consumo de leche, pues la mayoría nunca la consume. Asimismo, el consumo de *yogurt* se presenta con mayor frecuencia y predomina su consumo diario. Dicho aspecto puede presentar un beneficio para la salud de los adultos mayores, ya que, según algunos autores, el consumo diario de *yogurt* aumenta los niveles de colesterol HDL y tiene una asociación protectora con la disminución del grosor de la túnica media de la arteria carótida. Por lo tanto, se traduce en un menor riesgo

de enfermedades cardiovasculares. Mientras tanto, con respecto a la leche, no se presentaron dichos beneficios (Ivey, et al, 2011).

En un estudio realizado donde se evaluó la frecuencia de consumo, se determinó que una de las carencias más notorias detectadas por el consumo diario de alimentos fue la de calcio. Se ha comprobado que la ingesta de calcio es inadecuada en poblaciones de adultos mayores de todo el mundo, lo que genera pérdida mineral ósea y un mayor riesgo de fracturas (Restrepo, et al., 2006).

Se puede determinar que la mayoría de población en estudio tiene un consumo adecuado de frutas y vegetales. Dicho consumo se observa con una frecuencia diaria de frutas y de vegetales. En cuanto al consumo de frutas, las más consumidas diariamente son la papaya (60%), el banano (42%) y las naranjas (36%). En el caso de los vegetales, los más consumidos son el chile dulce y la cebolla (77%), seguido de los vegetales de hojas verdes (71%).

Estos resultados obtenidos no concuerdan con un estudio realizado en Irán, donde se reveló que el consumo de frutas y vegetales entre los iraníes ancianos es mucho menor que el consumo diario que recomienda la O.M.S. Además, la prevalencia de un bajo consumo de estos alimentos tienden a aumentar con la edad. Estudios similares realizados en Estados Unidos y Francia han demostrado también que la prevalencia del bajo consumo de frutas y vegetales aumenta con la edad.

Se ha comprobado que el consumo de estos alimentos es útil para prevenir HTA, dislipidemias y diabetes, enfermedades de alta prevalencia en este grupo de edad. Las frutas y verduras son determinantes en el aporte de fibra a la que se le reconocen beneficios

fisiológicos y metabólicos los cuales varían de acuerdo con el tipo de fibra (Restrepo, et al., 2006).

Otro aspecto importante de la población con respecto al consumo alimentario es una baja ingesta de pescado y mariscos. Como se observa en la figura 18, donde del total de la población, el 22% no acostumbra a consumirlos, mientras que solo el 6% de las personas los consumen diariamente. Este resultado es de gran relevancia, ya que el consumo de pescado es una fuente importante de proteína y de ácidos grasos esenciales como el omega 3, por lo tanto, aporta múltiples beneficios protectores para la salud.

Por otro lado, en cuanto al consumo de alimentos fuente de carbohidratos, se observa que la población adulta mayor tiene un consumo importante y frecuente de este grupo de alimentos, principalmente de arroz blanco (76%), leguminosas (74%) y de pan blanco (54%). Sin embargo, este patrón varía en cuanto al consumo de productos integrales, ya que la mayoría de las personas adultas mayores (51%) no acostumbra consumirlos, por lo cual un factor determinante es el consumo de fibra para la salud de la población.

Estudios previos han demostrado la importancia de mantener una dieta alta en fibra, ya que ésta aumenta el peso de las heces, disminuye el tiempo de tránsito en el colon. Por ello, mejora la salud gastrointestinal, siendo de gran relevancia para las personas mayores, ya que una dieta baja en fibra conduce al estreñimiento. Por lo ende, se recomienda el consumo constante de alimentos fuente de fibra para cumplir con la ingesta recomendada de fibra de 20-30 g al día (Rao y Go, 2010).

Por su parte, la posición de la "American Society of Nutrition" es similar, pues el consumo de alimentos ricos en fibra de cereal o mezclas de cereales integrales y salvado está

asociado con un riesgo levemente reducido de obesidad, diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular (Cho, et al., 2013).

En un estudio realizado en la Universidad de Stanford, se comprueba que las altas ingestas de azúcar incrementan el riesgo de padecer diabetes y que estas altas ingestas son muy comunes entre la población. Se utilizaron bases de datos de 175 países y se demostró que, por cada incremento de 150 kcal/día proveniente de azúcar, la asociación con la presencia de diabetes incrementa en un 1.1% aún después de controlar diferentes covariables como ingesta de fibra, carnes, frutas, aceites y cereales.

El consumo de bebidas azucaradas y refrescos se ha identificado como un factor de riesgo importante para la diabetes mellitus y el síndrome metabólico, y esta asociación está mediada por el Índice de Masa Corporal (IMC).

El azúcar por sí sola no causa diabetes. Las causantes son las altas ingestas de la misma. Este estudio nos da evidencia clara de cómo las altas ingestas de azúcares tienen un impacto directo en el organismo, especialmente hígado y páncreas.

En el estudio, también se observó que la asociación no hace distinción entre el azúcar de caña y el jarabe de alta fructosa. Esto nos dice que son los azúcares lo que provocan daño metabólico (Sanjay, et al., 2013).

El no consumo de café se asocia con un riesgo menor a moderado de infarto al miocardio. El consumo de cantidades moderadas de café origina un bajo riesgo y cantidades crecientes de consumo implican riesgos mayores. El consumo de 300 mL/día o menos representa un factor de protección al infarto al miocardio, y sobre 600 mL/día, el riesgo comienza a incrementarse. El efecto del café y de la cafeína en pacientes con enfermedad cardiovascular ya establecida ha sido poco estudiado. Un solo estudio caso-control concluye

que el consumo de 10 o más tazas de café produce un aumento significativo de infarto al miocardio en pacientes con la patología ya establecida (Valenzuela, 2010).

Los ácidos grasos y el colesterol de la dieta son los principales determinantes de las enfermedades cardiovasculares. En los últimos 25 años, se ha cambiado el patrón alimentario tradicional hacia una dieta con mayor contenido total de grasa, de mala calidad nutricional, lo cual va a repercutir, de manera negativa, en la salud.

Las acciones del colesterol dietético sobre el riesgo cardiovascular son menores de lo que cabría esperar porque su absorción depende de varios factores no solo dietéticos, sino también genéticos implicados en la absorción o transporte del colesterol, como los genotipos de la apoproteína E (Rubio, 2002).

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

En el caso de los hábitos alimentarios, se puede determinar la existencia de una relación en el uso de sustitutos (Splenda, Natuvia), el consumo de productos azucarados con la diabetes mellitus. En cuanto a la hipertensión arterial, se dio una relación con el tiempo de comida de la cena, el tipo de cocción denominado asado y al horno, y el uso de azúcar moreno y sustitutos. En el caso de las enfermedades cardiovasculares, se observó una relación con el desayuno, la merienda de la mañana, el uso de la miel como edulcorante y el consumo de bebidas y grasas.

Con respecto a los estilos de vida, se encontró relación con las siestas realizadas por la persona adulta mayor durante el día y la diabetes mellitus, así como una relación entre la hipertensión arterial y la condición de la dentadura de la persona adulta mayor. En lo referente a las dislipidemias, se relaciona con el consumo de alcohol y la condición de la dentadura.

En relación con las características sociodemográficas de la población en estudio, se destaca que el mayor porcentaje de la población se encuentra dentro del rango de edad entre los 70-79 años. Con respecto al sexo, prevalece el sexo femenino, el cual, según los datos del INEC, es un comportamiento esperado. En lo referente al estado civil, predomina el matrimonio en la población. En el aspecto económico, la mayoría de los encuestados recibe ayuda económica por parte de un familiar, siendo la minoría los que no reciben ningún tipo de ingreso.

Con respecto a los hábitos alimentarios, se determina que los tiempos de comida más realizados por la población son el desayuno y el almuerzo. Además, dentro de los métodos de cocción utilizados con mayor frecuencia, se encuentra el método hervido, seguido de las

frituras, utilizando, en cuanto a grasas, mayormente el aceite vegetal. En lo referente a los endulzantes utilizados, se encuentran el azúcar blanco y los sustitutos. De igual manera, se observa que la mayoría de la población no le añade sal a la comida ya preparada, y son ellos mismos los que se preparan sus alimentos. En lo respectivo al consumo de agua, se muestra que la mayoría de ellos sí la consumen en cantidades de 1 a 3 vasos y de 4 a 6 vasos al día.

En cuanto al consumo alimentario de la población adulta mayor, predomina el consumo diario de frutas y verduras. En el caso de los productos lácteos, se presenta un consumo frecuente, predominando el consumo de la leche entera. En el nivel general, en relación con el consumo de panes y cereales, la mayoría consume diariamente el arroz blanco y las leguminosas. Además, existe un bajo consumo de productos integrales, donde la mayoría no consume nunca estos productos. Con respecto al consumo de carnes, se presenta un consumo relativamente frecuente, siendo los huevos los más consumidos de manera diaria. Los alimentos proteicos menos consumidos son quesos amarillos, pescados y mariscos. Además, en relación con las grasas, la mayoría consume aceite vegetal cada día. Otro aspecto importante es que predomina el consumo de bebidas a base de sobres o paquetitos, y un consumo ocasional de las galletas dulces con relleno. Por su parte, las bebidas que superan el consumo diario son el café y los frescos naturales a base de alguna fruta. Por último, en cuanto al consumo de comidas rápidas, predomina el consumo ocasional de éstas.

Los estilos de vida presentes en los adultos mayores de la zona rural se caracterizaron por la práctica deficiente de actividad física, realizada en intervalos de 20 a 30 minutos o más de 30 minutos durante el día. También, se produce un consumo prácticamente bajo de alcohol y tabaco.

Todo lo señalado con anterioridad indica que un porcentaje importante de la población adulta mayor padece de hipertensión arterial, seguido de la diabetes mellitus. Por lo tanto, dichos factores tienen relación con el consumo alimentario de la población, donde se observan algunos patrones alimentarios inadecuados.

6.2 RECOMENDACIONES

- Contemplar más factores en el tema de investigación, como la evaluación del estado nutricional, mediante la toma de medidas de peso y talla, con el fin de estudiar su resultado con la clasificación del IMC de cada persona evaluada.
- Realizar un estudio donde se incluya a los encargados del cuidado de la persona adulta mayor, ya que, durante la recolección de datos, se encontró gran cantidad de hogares en los cuales la persona encargada del hogar y compra de alimentos era un familiar o cuidador.
- Indagar un poco más acerca de la cantidad (porciones) de los grupos de alimentos consumidos por las personas encuestadas para obtener un resultado más específico.
- Solicitar el apoyo y la integración de un profesional en el área de nutrición a estos grupos sociales, con el fin de brindar educación nutricional a las personas adultas mayores.
- Crear programas de educación nutricional destinados a la participación de la población adulta mayor en las comunidades para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Brindar educación nutricional a los coordinadores de los grupos sociales a los que asisten los adultos mayores de la comunidad para brindar información acerca de meriendas saludables y balanceadas, y así evitar que se ofrezcan alimentos ricos en grasas saturadas y azúcar.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, F. y Carballo, A. (2012). "Prevalence of hypercholesterolemia in elderly Costa Ricans". Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/bitstream/handle/123456789/1469/Prevalencia%20de%20Hipercolesterolemia%20en%20adultos%20mayores%20de%20Costa%20Rica..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Álvarez, J., Villarino, A., Polanco, I., Iglesias, C., Gil, P., Ramos, P., López, A., Rivera, J., Maraver, F & Legido, J. (2008). "Recomendaciones de bebida e hidratación para la población española". *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*. Recuperado de: http://www.nutricion.org/publicaciones/revistas/NutrClinDietHosp08%2828%292_3_19.pdf
- Álvarez, L. (2012). "Lifestyles: from the individual to the context". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023071011.pdf>
- Ávalos, A. (2004). "País paga caro por descuidar prevención de la diabetes". *Diario La Nación*, pp. 4A-5^a. Recuperado de: <https://www.nacion.com/el-pais/pais-paga-caropor-descuidar-prevencion-de-la-diabetes/MB5HIWYFT5HELLNFQR764AWT7I/story/>
- Bertoldo, P., Ascar, G. y Campana, Y. (2013). *Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas*. Universidad Católica de Córdoba. Ciudad de Córdoba, Argentina. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/far/v47n4/far06413.pdf>
- Brown, I., et al. (2011). "Sugar-Sweetened Beverage, Sugar Intake of Individuals, and Their Blood Pressure". *Journal of American Heart Association*, 71 (5), 1524.

- Caja Costarricense de Seguro Social (2005). “Estadísticas generales de los servicios de atención de la salud, 1980-2004”. San José: Costa Rica. Recuperado de: <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/perfil.pdf>
- Castillo, L., Alvarado, A., Sánchez, M. (2006). “Enfermedad cardiovascular en Costa Rica”. *Revista costarricense de salud pública*. Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292006000100003
- Castillo, O., Rozowski, J. y Cuevas, A. (2002). “Food intake in elderly people living in a middle-income community in Santiago, Chile”. *Revista médica de Chile*. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002001200002
- Chávez, B, Chávez, M y Guzmán, J. (2014). “Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura”. *Revista Estomatológica Herediana*, 24 (3), 199-207.
- Cho, S, et al. (2013). “Consumption of cereal fiber, mixtures of whole grains and bran, and whole grains and risk reduction in type 2 diabetes, obesity, and cardiovascular disease”. *The American Journal of Clinical Nutrition*, Volume 98, Issue 2, 1, Pages 594–619.
- Conrado, A. (2016). “Enfermedades crónicas y factores de riesgo en adultos mayores de Argentina: años 2001 – 2009”. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CIECS), Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad

- (Conicet) – Córdoba, Argentina. Recuperado de:
<file:///E:/Tesis%20nutrición/TESIS%20ARGENTINA.pdf>
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM). (2017). “Procedimientos y criterios para la atención y el cuidado de personas de 60 años o más, agredidas y/o abandonadas y de 65 años y más, en condición de pobreza, dependencia, vulnerabilidad y abandono”. Recuperado de:
https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/procedimiento_atencion_cuidado_60_mas.pdf
- Corbera, E. y Batlló, M. (2014). “Tratado en BioNeuroEmoción. Bases biológicas para el cambio de conciencia”. *España: El grano de mostaza*. Recuperado de:
<http://www.bienestaryautoayuda.com/files/Tratado-en-bioneuroemocion.-Bases-biologicas-para-el-cambio-de-conciencia-Enric-Corbera.pdf>
- Cornatosky, M., Barrionuevo, O., Rodríguez, N. y Zeballos, J. (2009). “Hábitos alimentarios de adultos mayores de dos regiones de la provincia de Catamarca, Argentina”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372009000400003
- Cruz, E., Hernández, Y., Morera, B., Fernández, Z. y Rodríguez, J. (2008). “Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad”. *Revista de Ciencias Médicas del Pinar del Río*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942008000200014&script=sci_arttext&tlng=en

De La Cruz, E. y Pino, J. (s.f.) “Estilo de vida relacionado con la salud”. Facultad de Ciencias del Deporte. Universidad de Murcia. Recuperado de: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo%20de%20vida%20y%20salud.pdf>

Durán, A., Valderrama, L. y Uribe, A. (2010). *Enfermedad crónica en adultos mayores*. Universidad Médica. Bogotá, Colombia, 51(1), 16-28. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/2310/231018676003/>

Eyles, H., Ni Mhurchu, C. & Nghiem, N. (2011). *Food Pricing Strategies, Population Diets, and Non-Communicable Disease: A Systematic Review of Simulation Studies*. Recuperado de: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001353>

FAO (2016). “Enfermedades crónicas con implicaciones nutricionales”. Recuperado de: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0r.htm#TopOfPage>

Ferrante, D, Virgolini, M. (2007). “Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina”. *Revista argentina de cardiología*. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482007000100005

Ferrante, D., Linetzky, B. y Konfino, J. (2011). « Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en argentina. Estudio de corte transversal”. *Revista argentina de salud pública*. Recuperado de: <http://www.chagas.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/presec->

2012/Encuesta_Nacional_De_Factores_De_Riesgo_2009_RevArgent_Salud_Publica.pdf

Goldberg, A. (s.f.) “Dislipidemia (dislipemia)”. *Manual MSD*. Recuperado de: <https://www.msdmanuals.com/es-cr/professional/trastornos-endocrinos-y-metab%C3%B3licos/trastornos-de-los-l%C3%ADpidos/dislipidemia>

Gómez, M. (2005). “Operativización de los estilos de vida mediante la distribución del tiempo en personas mayores de 50 años”. Universidad de Granada. Facultad de Psicología. Recuperado de: <https://hera.ugr.es/tesisugr/15519119.pdf>

Guerrero, C., Muñoz, J. y Saénz, B. (2013). “Impacto del consumo nocivo de alcohol en accidentes y enfermedades crónicas en México”. *Salud Pública de México*, 55 (Supl.22). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800027

Hanson, M. y Gluckman, P. (2011). “Developmental origins of noncommunicable disease: population and public health implications”. *The American Journal of Clinical Nutrition*, Volume 94. Recuperado de: https://academic.oup.com/ajcn/article/94/suppl_6/1754S/4597866

Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D. Jameson, L. y Loscalzo, J. (2016). *Harrison. Principios de medicina interna*. México DF. McGraw Hill.

Hernández, W. (2000). “Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en una población obrera industrial de la provincia de Cartago”. *Revista costarricense de salud pública*. Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292000000100007&script=sci_arttext

- Hidalgo, K. (2012). “Hábitos alimentarios saludables”. *Ministerio de Educación Pública (MEP)*. Recuperado de: <https://www.mep.go.cr/noticias/habitos-alimentarios-saludables>
- Ivey, K. (2011). “Association between yogurt, milk, and cheese consumption and common carotid artery intima-media thickness and cardiovascular disease risk factors in elderly women”. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 94(1), 234239.
- Jiménez, Y., Núñez, M. y Coto, E. (2013). “La actividad física para el adulto mayor en el medio natural”. *Revista de las Sedes Regionales de la Universidad de Costa Rica*, XIV (27), Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/666/66627452009.pdf>
- Llanera, C. (2012). “¿Influye la hipertensión arterial en el estado bucal?” *Gabinete Español de Ortodoncia e Implantología*. Recuperado de: <http://www.clinicadentalproa.es/preguntas/¿influye-la-hipertension-arterial-en-el-estado-bucal/>
- Llibre, J., Guerra, M. y Perera, E. (2008). “Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores”. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400005
- Macias, I. y Gordillo, G. (2011). “Eating habits in school-age children and the health education paper”. *Revista Chilena de Nutrición*. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v39n3/art06.pdf>

- Márquez, R. y Beato, I. (2015). “Hábitos de vida, de alimentación y evaluación nutricional en personal sanitario del hospital de Mérida”. *Nutrición Hospitalaria*. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n4/42originalvaloracionnutricional03.pdf>
- Mendoza, P. y Merino, M. (2008). “Identifying predictive factors for therapy nonadherence among hypertensive, older adults from a community in southern Chile”. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Recuperado de: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892009000200002&script=sci_arttext&tlng=pt
- Merchán, A. y Ruiz, A. (2005). “Segundo consenso nacional sobre detención, evaluación y tratamiento de las dislipoproteinemias en adultos”. *Revista Colombiana de Cardiología*. Recuperado de: <http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/3-guia-DISLIPIDEMIAS-2005.pdf>
- Ministerio de Salud (2014). “Análisis de situación de salud Costa Rica. Dirección de vigilancia de la Salud”. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>
- Morice, A. y Achío, M. (2003). “Tendencias, costos y desafíos para la atención de las enfermedades crónicas en Costa Rica”. *Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*. Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592003000100003
- Moya, F., Silva, C. y Guler, H. (2017). “Relación entre dislipidemia y periodontitis crónica en adultos entre 18 y 78 años”. *Universidad Andrés Bello*. Santiago, Chile.

Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (1994). “Glosario de términos de alcohol y drogas”. Madrid-España. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (2010). “Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010”. Recuperado de: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (2015). “Enfermedades no transmisibles”. Panorama general. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (2016). “Tabaco. Una de las principales causas de defunción, enfermedad y empobrecimiento”. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (2017). “Enfermedades cardiovasculares”. Recuperado de: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (2018). “Actividad física. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud”. Recuperado de: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (2018). “Alcohol”. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (2018). “Envejecimiento y salud”. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización Panamericana de la Salud (OPS/O.M.S.). (2012). “Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles”. *Conferencia Sanitaria Panamericana*. Washington DC. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CSP28-Res-Strat-Spa.pdf>

Panagiotakos, D.B., et al. (2007). “Long-term fish intake is associated with better lipid profile, arterial blood pressure, and blood glucose levels in elderly people from Mediterranean islands (MEDIS epidemiological study)”. *Med Sci Monit*, 13(7), 307-312

Patiño, D. y Oliveira, A. (2016). “Representaciones sociales de dieta en pacientes con Enfermedad Crónica no Transmisible”. *Centro Universitario Amecameca Universidad Autónoma del Estado de México*, México. Recuperado de: [file:///E:/ContentServer%20\(1\).pdf](file:///E:/ContentServer%20(1).pdf)

Paz, K., Proenza, L. y Gallardo, Y. (2012). “Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus”. *MEDISAN*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000400001

Pietropaoli, D. (2018). “Estudio relaciona mala salud bucal con la hipertensión”. Los Ángeles, EE.UU. Recuperado de: <https://www.efe.com/efe/usa/sociedad/estudio-relaciona-mala-salud-bucal-con-la-hipertension/50000101-3788722>

- Posperi, C. (s.f.) “Dislipidemia: síntomas, causas, tratamiento, definición y dieta”. *Endocrinología*. Recuperado de: <http://www.svemonline.org/wp-content/uploads/2016/04/pacientes-dislipidemia-prosperi.pdf>
- Rao, S. y Go, J. (2010). “Update on the management of constipation in the elderly: new treatment options”. *Clinical Interventions in Aging*, 5, 163-161.
- Remington, P. y Brownson, R. (2011). “Fifty Years of Progress in Chronic Disease Epidemiology and Control”. *Departamento de Ciencias de la Salud de la Población, Facultad de Medicina y Salud Pública, Universidad de Wisconsin, Madison, Wisconsin*. Recuperado de: https://www.google.com/search?q=traductor+ingles+espa%C3%B1ol&rlz=1C1PRFI_enCR793CR793&oq=tra&aqs=chrome.0.69i59j69i60j0j69i60l2j69i57.1108j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- Restrepo, M., Morales, M. y Ramírez, G. (2006). “Nutritional habits in senior adults and its relationship with protective or deteriorating effects in health”. *Revista Chilena de Nutrición*. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75182006000500006&script=sci_arttext&tlng=en
- Robles, A. (2008). “¿Quiénes son y dónde están los adultos mayores?” *I Informe estado de la situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/costarica-iinforme-01.pdf>
- Rodríguez, M. y Robles, A. (2008). “I Informe estado de la situación de la persona adulta mayor en Costa Rica”. Recuperado de: https://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap2web.pdf

- Roselló, M. y Guzmán, S. (2004). “Evolución de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón e infarto agudo de miocardio en Costa Rica, 1970-2001”. *Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)*, San José, Costa Rica. Recuperado de: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004001100001
- Roselló, M. (2003). “Factores de riesgo asociados a glicemia elevada en ayunas en pacientes de la Clínica de Salud de El Guarco de Cartago”. *Revista costarricense de ciencias médicas*, Vol. 24, pp. 25-32.
- Rubio, A. (2002). “Enfermedad cardiovascular y grasas: amigo o villano”. *Unidad de Nutrición Clínica y Dietética*. Madrid. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-enfermedad-cardiovascular-grasas-amigo-o-S1575092202744483>
- Salehi, L., et al. (2010). “Consumption of fruit and vegetables among elderly people: a cross sectional study from Iran”. *Nutrition Journal*, 9 (2), 2-9.
- Sanabria, L. (2008). “Motivaciones hacia el consumo de alcohol en jóvenes- datos y extrapolaciones sobre el caso costarricense”. *Revista Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica*. Recuperado de: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/11507/10853>
- Sánchez, A. (2008). “Dieta saludable”. *Alimentación y nutrición*. Recuperado de: https://www.profeco.gob.mx/revista/publicaciones/adelantos_08/16-21%20comer%20bien%20okmm.pdf

- Sandoval, S. y Domínguez, S. (2009). “De golosos y tragones están llenos los panteones: cultura y riesgo alimentario en Sonora”. *Estudios sociales*. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572009000300007
- Sanjay, B., Yoffe, P. y Hills, N. (2013). “La relación entre la azúcar y la prevalencia de diabetes en la población”. *Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford, California*.
- Sans-Atxer, L. (2011). “Hipertensión arterial en el anciano”. *Servicio de Nefrología. Hospital del Mar. Barcelona*. Recuperado de: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefroplus-articulo-hipertension-arterial-el-anciano-X1888970011001117>
- Soca, P., Sarmiento, Y. y Mariño, A. (2017). “Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín”. *Universidad de Ciencias Médicas, Holguín, Cuba*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000300002&lng=en&tlng=en
- Tarqui, C., Álvarez, D. y Espinoza, P. (2014). “Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000300009

Tomahide, Y. (2016). “Siestas de más de una hora advierten del riesgo de diabetes tipo 2”. *Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD)*. Recuperado de: <https://www.canaldiabetes.com/siestas-diabetes/>

Universidad de Costa Rica (U.C.R.) (2018). “Informe analiza la situación de la persona adulta mayor”. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2008/10/28/informe-analiza-situacion-de-la-persona-adulta-mayor.html>

Valenzuela, A. (2010). “El café y sus efectos en la salud cardiovascular”. *Facultad de Medicina, Universidad de Chile*. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v37n4/art13.pdf>

Vásquez, H. y Rodríguez, E. (2017). *Epidemiological characteristics of patients with chronic critical illness*. Medicina Interna de México. Recuperado de: <file:///E:/Tesis%20nutrición/Artículos/ContentServer.pdf>

Velázquez, O., Rosas, M. y Lara, A. (2003). “Prevalence and interrelations of noncommunicable chronic diseases and cardiovascular risk factors in Mexico. Final outcomes from the National Health Survey 2000”. *Archivos de cardiología de México*. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402003000100009

Velázquez, S. (s.f.) “Salud física y emocional”. *Programa institucional de actividades de educación para una vida saludable*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de:

https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT103.pdf

Villace, M. y Fernández, A. (2013). “Consumo de alcohol según características sociodemográficas en jóvenes de 118 a 24 años”. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es_0104-1169-rlae-21-05-1144.pdf

Villareal, G. y Month, E. (2012). “Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia)”. *Universidad de Sucre*. 28(1), 75-87. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/3952/3700>

Vinuesa, J. (s.f.) “Análisis del envejecimiento demográfico”. *Universidad Autónoma de Madrid*. Recuperado de: <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%BA16/Julio%20Vinuesa%20Angulo.pdf>

Weisz, G. (2014). “Chronic Disease in the 20th Century: A History”. *Mc Gill University*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/265162321_Chronic_Disease_in_the_20th_Century_A_History

ANEXOS

Anexo 1. Gráficos del plan piloto

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población adulta mayor de la zona rural,

Pérez Zeledón, setiembre, 2018

Características sociodemográficas	Femenino (n=7)		Masculino (n=3)		Total (n=10)	
	n	%	n	%	n	%
Rangos etarios						
Entre 65 y 69 años	2	28.57	2	66.66	4	40.0
Entre 70 y 79 años	4	57.14	1	33.33	5	50.0
Entre 80 y 89 años	1	14.28	0	0	1	10.0
Estado civil						
Soltero (a)	0	0	0	0	0	0
Casado (a)	2	28.57	2	66.66	4	40.0
Divorciado (a)	1	14.28	1	33.33	2	20.0
Viudo (a)	4	57.14	0	0	4	40.0
Unión libre (a)	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

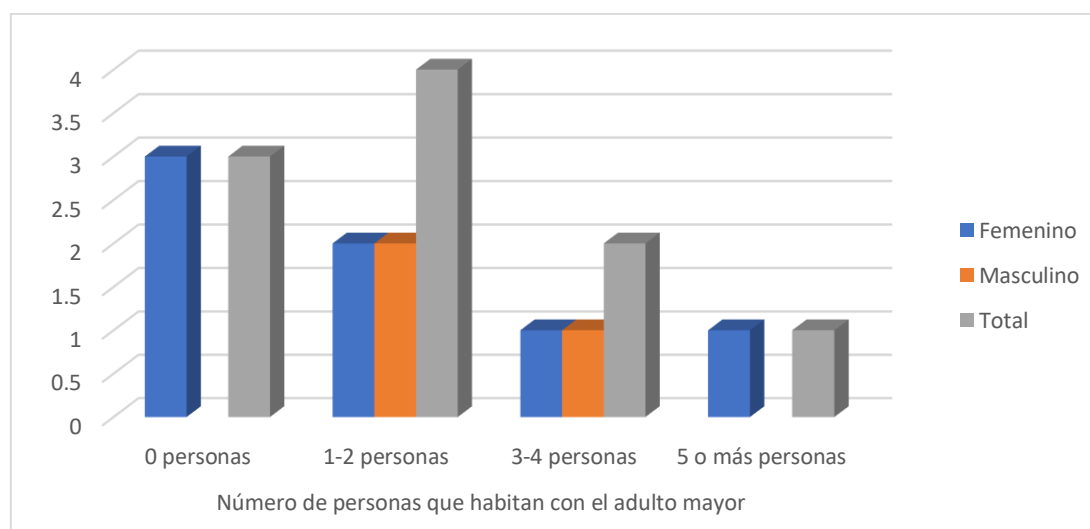


Figura 1. Cantidad de personas que habitan con la población adulta mayor de la zona rural,

Pérez Zeledón, setiembre, 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

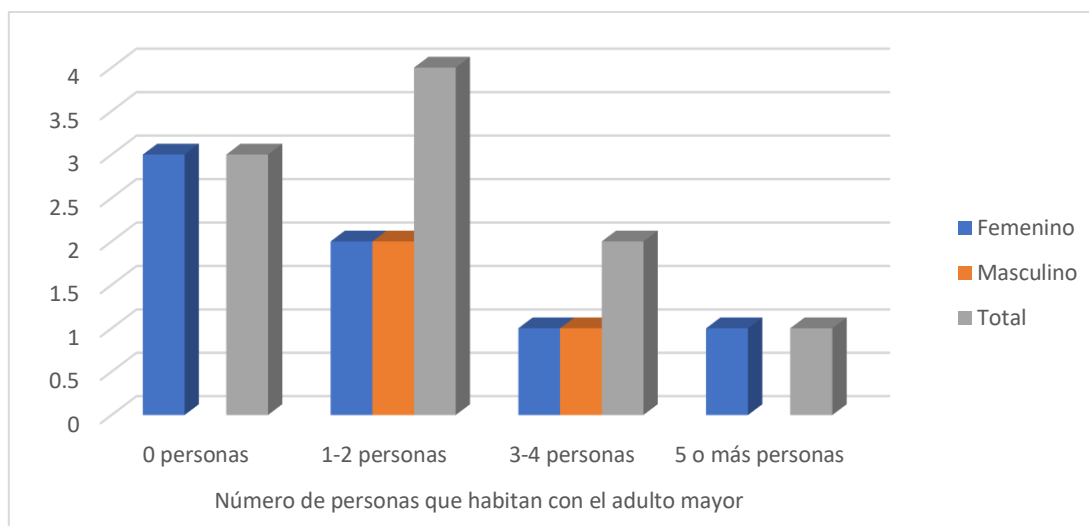


Figura 1. Cantidad de personas que habitan con la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, setiembre, 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

Tabla 2. Ingreso económico de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, setiembre, 2018

Ingreso económico	Femenino (n=7)		Masculino (n=3)		Total (n=10)	
	n	%	n	%	n	%
Ingreso económico						
Sí recibe ayuda	3	42.85	1	33.33	4	40.0
No recibe ayuda	3	42.85	1	33.33	4	40.0
Algunas veces recibe ayuda	1	14.28	1	33.33	2	20.0
Tipo de ingreso económico						
Pensión por invalidez, vejez y muerte	3	42.85	1	33.33	4	40.0
Ingreso propio	0	0	2	66.66	2	20.0
No recibe ningún tipo de ingreso	1	14.28	0	0	1	10.0

Apoyo económico de un familiar	de un 3	42.85	0	0	3	30.0
--------------------------------	---------	-------	---	---	---	------

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

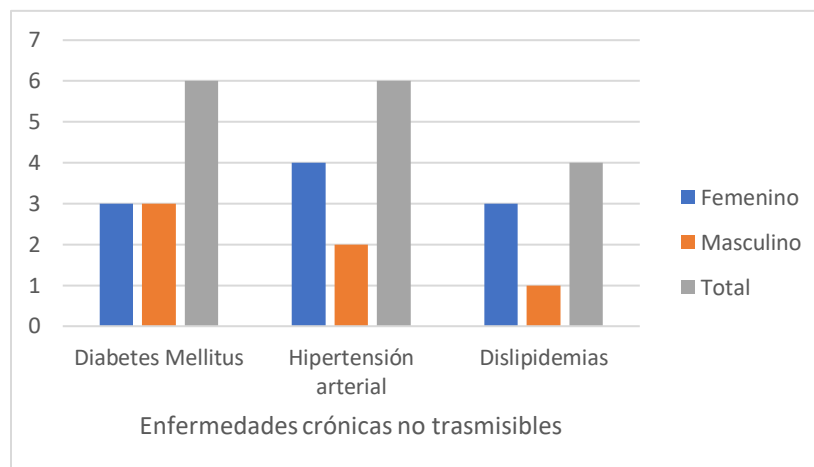


Figura 2. Enfermedades crónicas no trasmisibles que padece la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, setiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

Tabla 3. Datos clínicos según sexo de la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, setiembre, 2018

Datos clínicos	Femenino (n=7)		Masculino (n=3)		Total (n=10)	
	n	%	n	%	n	%
Condición de la dentadura						
Mayoría con dientes	4	57.14	2	66.66	6	60.0
Mayoría sin dientes	1	14.28	0	0	1	10.0
Utiliza prótesis dental	2	28.57	1	33.33	3	30.0
Presencia de trastornos deglutivos						
Sí presenta	0	0	0	0	0	0

No presenta	4	57.14	1	33.33	5	50.0
Algunas veces	3	42.85	2	66.66	5	50.0

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

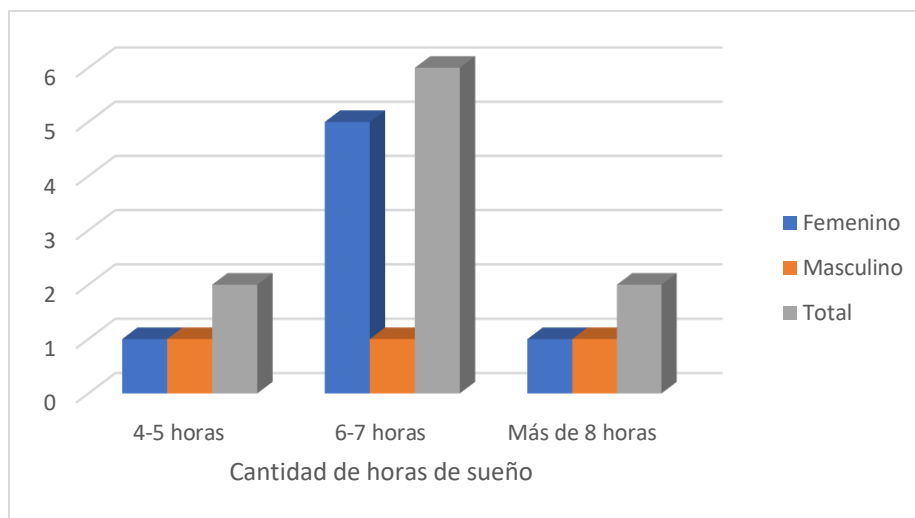


Figura 3. Cantidad de horas que duerme la persona adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, setiembre, 2018.

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

Tabla 4. Siestas durante el día que realiza la población adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, setiembre, 2018.

Estilo de vida	Femenino (n=7)		Masculino (n=3)		Total (n=10)	
	n	%	n	%	n	%
Siestas en el día						
Sí realiza	5	71.42	2	66.66	7	70.0
No realiza	2	28.57	1	33.33	3	30.0
Cantidad de siestas						
1 siesta	3	14.28	2	66.66	5	50.0
2 siestas	2	28.57	0	0	2	20.0
Más de 2 siestas	0	0	0	0	0	0
Duración de la siesta						

10-20 minutos	1	14.28	1	33.33	2	20.0
25-30 minutos	1	14.28	1	33.33	2	20.0
1 hora o más	3	42.85	0	0	3	30.0

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

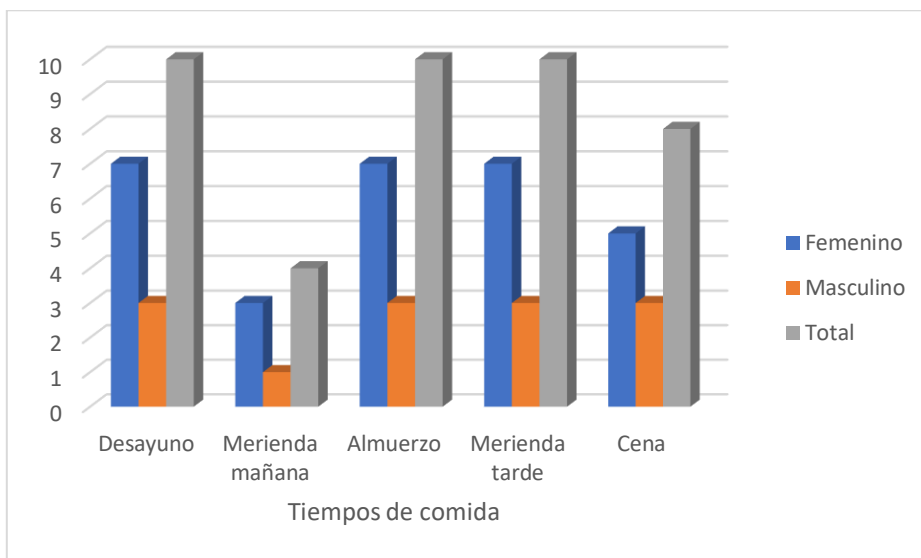


Figura 4. *Tiempos de comida que realiza la persona adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, setiembre, 2018.*

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

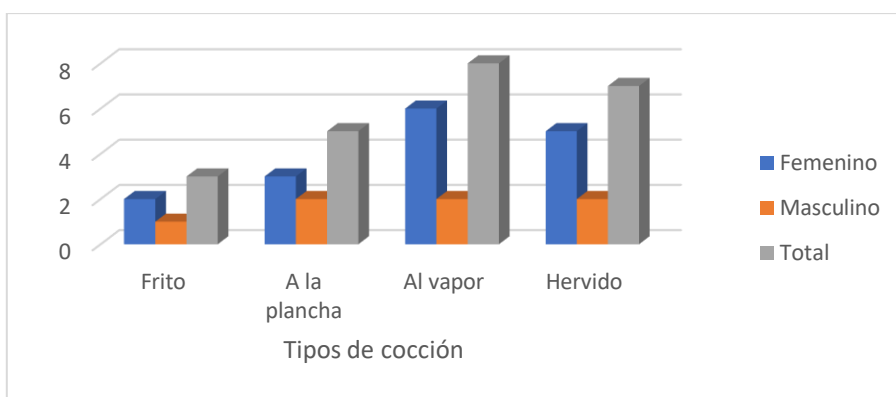


Figura 5. *Tipos de cocción utilizados por la persona adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, setiembre, 2018*

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

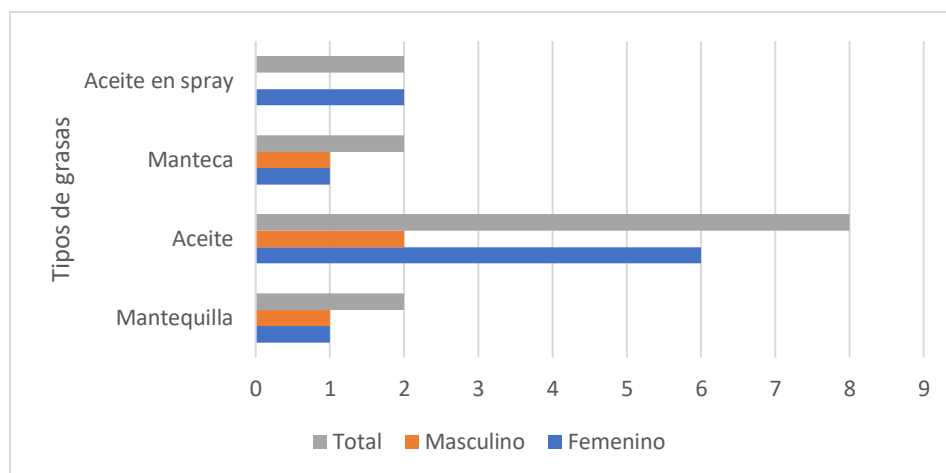


Figura 6. Tipos de grasa utilizados por la persona adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, setiembre, 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

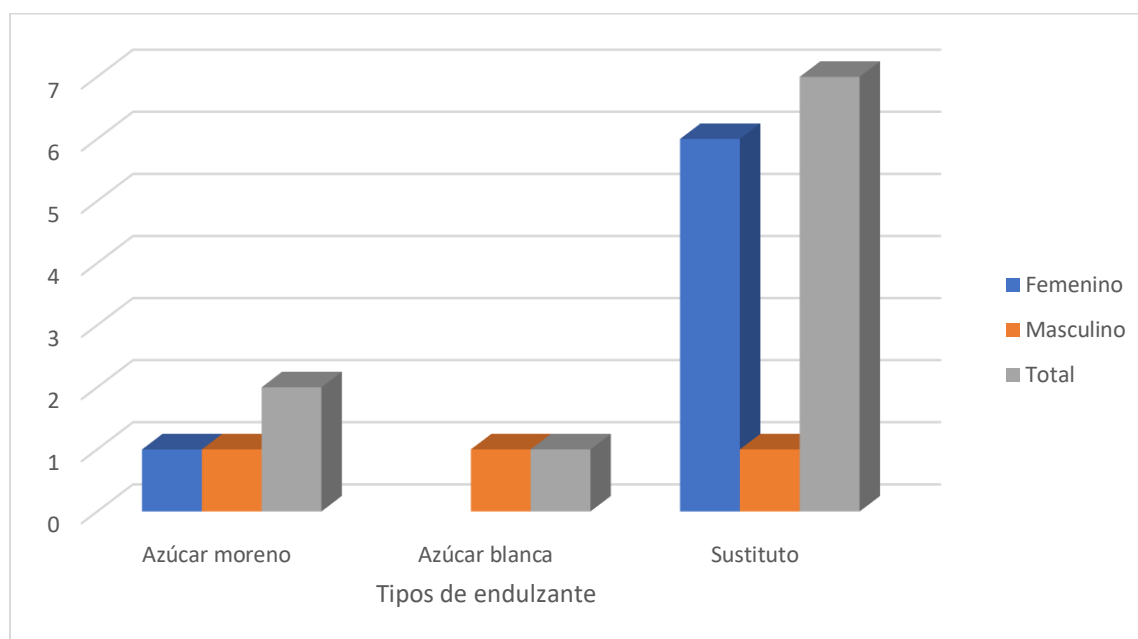


Figura 7. Tipo de endulzante utilizado por la persona adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, setiembre, 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

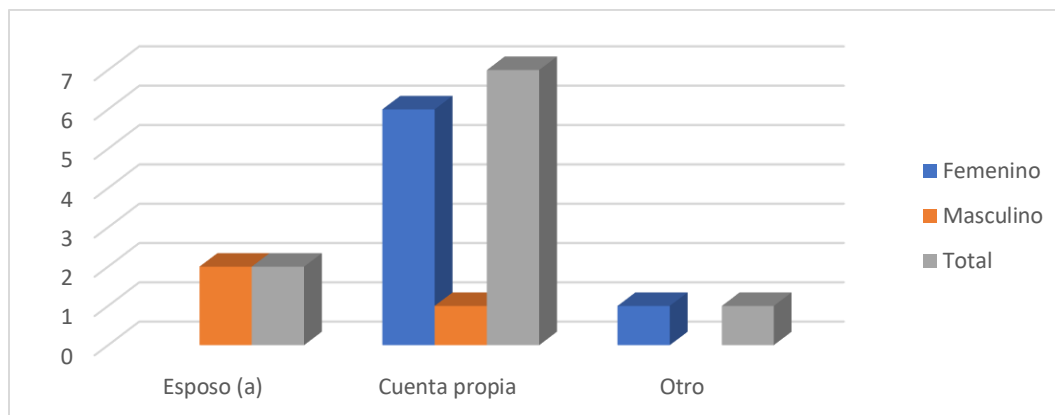


Figura 8. Persona que prepara los alimentos a la persona adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, setiembre, 2018

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

En la figura anterior, se puede observar que la mayoría de la población adulta mayor se prepara sus propios alimentos, siendo la mayoría del sexo femenino. En relación con el sexo masculino, en la mayoría de los casos, sus alimentos son preparados por su esposa.

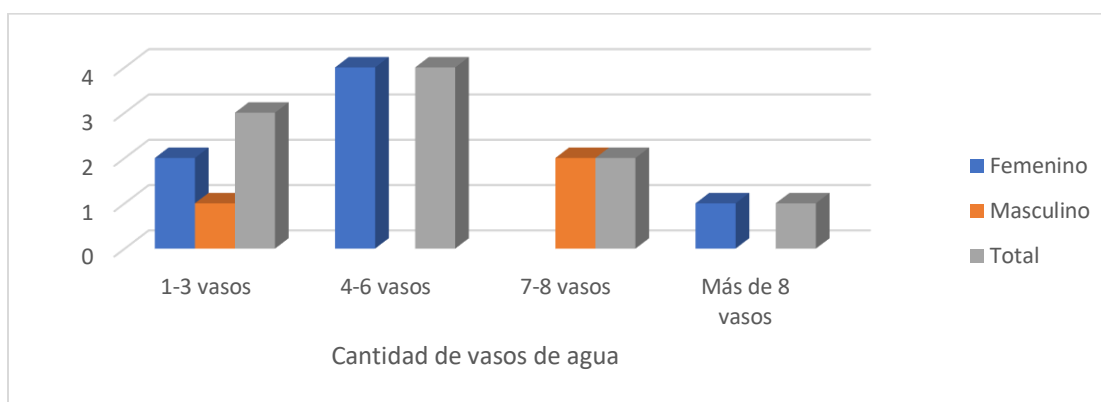


Figura 9. Cantidad de vasos de agua que consume la persona adulta mayor de la zona rural, Pérez Zeledón, setiembre, 2018.

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2018

Anexo 2. Consentimiento informado**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA****ESCUELA DE NUTRICIÓN****COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN**

Teléfono:(506) 2256-8197

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: “Relación entre hábitos alimentarios y estilos de vida de personas adultas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles en la zona rural, 2018”.

Nombre de la investigadora principal: Fabiola Valverde Quesada

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

La siguiente investigación tiene el propósito de estudiar la relación entre los hábitos alimentarios y los estilos de vida en la población adulta mayor con enfermedades crónicas no transmisibles en la zona rural. Dicha investigación tiene una duración aproximada de 6 meses y la intervención que se realizará con cada participante tendrá un tiempo aproximado de 15 a 25 minutos, dependiendo de cada persona.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

Este proceso de investigación está compuesto por varias etapas, las cuales se detallan a continuación: en la primera etapa, se le entregará a la persona el consentimiento informado con el fin de explicarle el proceso de la investigación, los objetivos y la metodología del trabajo, y de esta forma, garantizar que su participación sea totalmente voluntaria. Posterior a esto, se procede a la etapa de recolección de datos, en donde se le aplicará a cada participante un cuestionario estructurado y una encuesta sociodemográfica y nutricional, con el fin de obtener los datos necesarios para la investigación.

C. RIESGOS:

La participación en este estudio no presentará ningún riesgo o molestia para usted, incluyendo riesgos para su salud física o mental.

D. BENEFICIOS:

Como resultado de su participación en este estudio, obtendrá el resultado de su estado nutricional. Además, estará contribuyendo con la investigadora al brindar datos que permitan conocer la relación entre hábitos alimentarios y estilos de vida en la población adulta mayor con enfermedades crónicas no transmisibles. Los resultados obtenidos a través del proceso de investigación pueden beneficiar a otras personas en el futuro al brindar información que permita establecer un abordaje nutricional adecuado para dicha población.

Antes de dar su autorización para este estudio, usted debe haber hablado con la investigadora Fabiola Valverde Quesada, quien debió haber contestado, en forma satisfactoria, a todas sus preguntas. Si quisiera mayor información más adelante, puede obtenerla llamando a la investigadora a cargo al teléfono 8770-7593 en horario de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.

Ante cualquier consulta adicional, puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana **al teléfono 2256-8197**, de lunes a viernes en el horario de 8 a.m. a 5 p.m. Además, recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

Es importante mencionar que 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. Asimismo, su participación en este estudio es confidencial, por lo tanto, en caso de publicarse los resultados de esta investigación o de divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio. Asimismo, 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

Nombre, cédula y firma del testigo

Nombre, cédula y firma de la investigadora que solicita el consentimiento

Anexo 3. Instrumento de recolección de datos

Fecha: _____

Código _____ (exclusivo para uso de la investigadora)

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTILOS DE VIDA DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LA ZONA RURAL, 2018

A continuación, se le presenta una serie de preguntas sobre datos sociodemográficos, hábitos alimentarios y estilos de vida. Se solicita que conteste de la manera más clara posible. Todos los datos obtenidos son totalmente confidenciales y solo se utilizarán para fines de la investigación.

I PARTE: DATOS GENERALES DEL ENTREVISTADO

Complete la información solicitada.

1. **Edad actual:** _____
2. **Lugar de residencia:** _____

Para la siguiente sección, marque con una “x” en la opción que mejor corresponde a lo que se pregunta en el enunciado.

3. **Sexo:**
 - () Masculino
 - () Femenino
4. **Estado civil:**
 - () Soltero (a)
 - () Casado (a)
 - () Divorciado (a)
 - () Viudo (a)
 - () Unión libre
5. **¿Cuántas personas viven con usted actualmente?**
 - () 0 personas
 - () 1-2 personas
 - () 3-4 personas
 - () 5 o más personas

6. ¿Cuál tipo de ingreso económico recibe actualmente?

- Pensión del régimen no contributivo
- Pensión por invalidez, vejez y muerte
- Ingreso propio (salario)
- No recibe ningún tipo de ingreso
- Apoyo económico de un familiar

II PARTE: DATOS CLÍNICOS Y ESTILOS DE VIDA DEL ENTREVISTADO

Marque con una “x” en la opción que mejor corresponde a lo que se pregunta en el enunciado.

1. Indique cuáles de las siguientes enfermedades padece:

- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Dislipidemias
- Enfermedades cardiovasculares (enfermedades del corazón)

2. ¿Actualmente consume algún tipo de bebida alcohólica?

- Sí
- No

3. ¿Fuma cigarrillos actualmente?

- Sí
- No

4. Si la respuesta anterior fue “sí”, indique cuántos cigarrillos fuma al día.

- Menos de 5 cigarrillos
- De 5 a 10 cigarrillos
- Más de 10 cigarrillos

5. ¿Realiza actividad física?

- Sí
- No

6. Si la respuesta en la pregunta anterior fue “sí”, indique el tipo de actividad que suele realizar

- Caminar
- Bailar
- Aeróbicos
- Natación

7. ¿Cuánto tiempo suele dedicar a la realización de actividad física?

- Menos de 20 minutos
- De 20 a 30 minutos
- Más de 30 minutos

8. ¿Cuál es la condición de su dentadura?

- Edéntulo
- Mayoría sin dientes
- Mayoría con dientes
- Utiliza prótesis dental

9. ¿Tiene problemas o se le dificulta masticar o deglutir los alimentos?

- Sí
- No
- Algunas veces

10. ¿Normalmente, cuántas horas duerme en la noche?

- 4-5 horas
- 6-7 horas
- Más de 8 horas

11. ¿Realiza siestas en el transcurso del día?

- Sí
- No

12. Si la respuesta en la pregunta anterior fue “sí”, indique de cuánto tiempo es cada una de ellas.

- Menos de 20 minutos
- De 20 a 30 minutos
- Más de 30 minutos

III PARTE: HÁBITOS ALIMENTARIOS DEL ENTREVISTADO

Marque con una equis “x” las opciones que caracterizan sus hábitos de alimentación.

1. Seleccione los tiempos de comida que realiza al día.

- Desayuno
- Merienda de la mañana
- Almuerzo
- Merienda de la tarde
- Cena
- Merienda nocturna
- Otro _____

2. ¿Cuáles son los tipos de cocción más utilizados para preparar los alimentos en su hogar? (Puede marcar varias opciones)

- Frito
- Asado
- A la plancha
- Al vapor
- Hervido
- Al horno

- 3. ¿Cuál tipo de grasa utiliza con mayor frecuencia para la cocción de sus alimentos? (Puede marcar varias opciones)**
- Mantequilla
 - Aceite
 - Manteca
 - Margarina
 - Aceite en *spray*
 - No usa ningún tipo de grasa para cocinar
- 4. ¿Cuál tipo de endulzante utiliza usualmente?**
- Azúcar moreno
 - Azúcar blanco
 - Miel
 - Sustituto (por ejemplo: Splenda, Natuvia, etc.)
 - No utiliza
- 5. ¿Añade sal a la comida ya preparada?**
- Sí
 - No
- 6. ¿Dónde consume la mayor parte de sus alimentos?**
- Casa
 - Sondas
 - Restaurantes
- 7. ¿Quién prepara las comidas en casa?**
- Esposo (a)
 - Cuenta propia
 - Otro
- 8. ¿Consume agua durante el día?**
- Sí
 - No
- 9. Indique la cantidad aproximada de vasos que toma al día**
- 1-3 vasos
 - 4-6 vasos
 - 7-8 vasos
 - Más de 8 vasos

Frecuencia de consumo

INSTRUCCIONES GENERALES

- Para cada alimento enlistado, rellene el círculo indicando en promedio con cuántas frecuencia ha consumido la cantidad especificada.

Evaluación de la frecuencia de consumo					
	Nunca	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente	Ocasionalmente
PRODUCTOS LÁCTEOS					
Leche entera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leche descremada o semidescremada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leche en polvo (leche Pinito)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Yogurt</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Queso blanco (<i>cottage, ricotta, Turrialba</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Queso amarillo (<i>cheddar</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Margarina o mantequilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FRUTAS					
Uva, ciruela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Melón, sandía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Papaya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piña	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manzana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naranja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente	Ocasionalmente
VEGETALES					
Tomate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vegetales de hojas verdes (lechuga, espinaca, apio, culantro, repollo, brócoli)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coliflor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vainicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zanahoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maíz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berenjena, <i>zucchini</i> , ayote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Remolacha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chile dulce, cebolla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HUEVOS, CARNES, ETC.					
Huevo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carnes blancas (pavo, pollo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Embutidos (salchicha, salchichón, chorizo, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carne de res y de cerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atún enlatado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pescado y marisco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PANES, CEREALES					
Pan blanco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arroz blanco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Productos integrales, por ejemplo, arroz integral, pan integral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente	Ocasionalmente
Leguminosas (frijoles, lentejas, garbanzos, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tortillas de maíz (Tortitas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasta (<i>spaguettis</i> , fideos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verduras harinosas (papa, yuca, camote, guineo, plátano)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Galletas saladas, por ejemplo, galleta soda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cereales, por ejemplo, Corn Flakes, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BEBIDAS					
Refrescos gaseosos, por ejemplo, Coca-Cola, Pepsi, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas preenvasadas, por ejemplo, té frío (Tropical, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas a base de sobres o paquetitos (Tang, Clight, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frescos naturales a base de fruta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Café	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Té natural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cerveza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas alcohólicas, por ejemplo, <i>whisky</i> , Ginebra, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DULCES, ALIMENTOS HORNEADOS, GRASAS, OTROS					
Barras de chocolate, por ejemplo, tapitas, Milka, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Galletas dulces con relleno, por ejemplo, cremitas, Chiky, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente	Ocasionalmente
Repostería, por ejemplo, rollitos dulces, panecillos, pastelitos, queques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mermeladas, jaleas, conservas y miel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aceite de soya, canola, maíz, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manteca de cerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mayonesa u otro aderezo cremoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMIDAS RÁPIDAS					
Comidas rápidas (pollo frito, papas fritas, <i>pizza</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fuente: "Manual de instrumentos de evaluación dietética", INCAP, 2006

Anexo 4. Declaración jurada

Yo, **Fabiola Valverde Quesada**, mayor de edad, portadora de la cédula de identidad **1-1607-0334**, egresada de la carrera de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, hago constar, por medio de este acto y debidamente apercibida y entendida 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, y juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: **“Relación entre hábitos alimentarios y estilos de vida de personas adultas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles en la zona rural, 2018”**, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como por 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 en su artículo 70 que “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 advertida de 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 veintitrés días del mes de febrero del dos mil diecinueve.

Fabiola Valverde Q.

Fabiola Valverde Quesada

Anexo 5. Carta de la tutora

San José, 23 de febrero, 2019

Comisión de Revisión de Tesis

Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

La estudiante Fabiola Valverde Quesada, cedula de identificación número 1-1607-0334, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el Trabajo de Investigación denominado: **“RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTILOS DE VIDA DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LA ZONA RURAL, 2018”**, la cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Nutrición. He verificado que se han incluido las observaciones y se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por la postulante implican la siguiente calificación:

	Rubro	Valor	Nota
a)	Originalidad del tema	10%	10
b)	Cumplimiento de entrega de avances	20%	18
c)	Coherencia entre los objetivos, los instrumentos aplicados y los resultados de la investigación	30%	28
d)	Relevancia de las conclusiones y recomendaciones	20%	18
e)	Calidad, detalle del marco teórico	20%	20
	Total	100%	94%

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

Atentamente;



MSc. Adriana Acuña Córdoba

1-1042-0608

Código: 1015-12

Anexo 6. Carta de la lectora

San José, 5 de abril del 2019

Señores

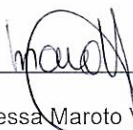
Departamento de Registro

Estimados señores:

La estudiante Fabiola Valverde Quesada, cédula de identidad número 1-1607-0334, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTILOS DE VIDA, DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN LA ZONA RURAL, 2018.", el cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición.

He revisado y ha hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas. Por consiguiente, este trabajo cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



Vanessa Maroto Vargas

Código: 349-10

Anexo 7. Carta del filólogo

San José, lunes 15 de abril de 2019

Señores
Departamento de Registro
Carrera de Nutrición
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Hispanoamericana

Distinguidos funcionarios:

Por medio de la presente, yo, Edin Mauricio Buzano Barrantes, mayor, cédula y número de adscripción al Colegio de Licenciados y Profesores en Letras, Filosofía, Ciencias y Artes (COLYPRO) #5-276-638, en mi calidad de profesional en Filología Española #94-629 graduado en la Universidad de Costa Rica, certifico que la sustentante **FABIOLA VALVERDE QUESADA**, cédula 1-1607-0334, quien opta por el grado académico de Licenciatura en Nutrición, ha cumplido satisfactoriamente los aspectos formales de estructura y de contenido correspondientes a su tesis denominada: *"RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTILOS DE VIDA DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN LA ZONA RURAL, 2018"*, por lo tanto, recomiendo se le tramite el aval correspondiente para los trámites administrativos y académicos posteriores.

Lo anterior, por cuanto dicho trabajo cumple con los requisitos establecidos por su prestigiosa Universidad.

Muchas gracias.

Atentamente,



Lic. Edin Mauricio Buzano Barrantes

Teléfono 8618-8217

Correo electrónico: ebuzano@yahoo.com