

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

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

INFLUENCIA DEL ESTRÉS LABORAL EN LOS
HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EL ESTADO
NUTRICIONAL DE LOS TRABAJADORES
DEL DEPARTAMENTO AUDITORÍA
INTERNA DE LA CCSS
SAN JOSÉ, COSTA RICA
2016

Sustentante:

Yansel Espinoza Rojas

Tutora:

Vanessa Marotto Vargas

Mayo-octubre 2016

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	7
1.1. Planteamiento del problema.....	8
1.1.2 Antecedentes del problema.	8
1.1.3. Descripción del problema.....	10
1.1.3.1. Delimitación del problema.....	15
1.1.3.2 . Justificación de la investigación	15
1.2. Formulación del problema.....	18
1.3. Objetivo general de la investigación.....	19
1.3.1 Objetivos específicos	19
1.4. Alcances y limitaciones	20
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	22
2.1 Contexto histórico	23
2.2 Contexto teórico-conceptual	35
CAPÍTULO III. MARCO METODOLOGICO.....	70
3.1 Tipo de investigación	71
3.2 . Área de estudio.....	72
3.2.1 Unidades de análisis u objetos de estudio	73
3.2.2 Fuente de información.	74
3.2.3 Identificación, descripción y relación de variables.....	75
3.2.4 Operacionalización de Variables.....	76

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	78
--	----

CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	86
--	-----------

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	137
---	------------

Conclusiones	138
--------------------	-----

Recomendaciones	140
-----------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA.....	143
--------------------------	------------

ANEXOS.....	143
--------------------	------------

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Tabla de operacionalización de variables demografía, estado nutricional, hábitos alimentarios y estrés laboral.....	76
Tabla N° 2 Tabla equipo de trabajo para la toma de medidas antropométricas.....	78
Tabla N°3 Cálculo de puntuaciones finales e ítems que señalan los indicios de estrés laboral.....	82
Tabla N° 4 Valores de referencia del síndrome de Burnout o estrés laboral.....	83
Tabla N° 5 Distribución de la muestra por edad y sexo.....	87
Tabla N° 6 Distribución de la muestra por lugar de residencia y estado civil.....	89
Tabla N° 7 Distribución de la muestra por grado académico, ocupación y nivel de ingresos.....	91
Tabla N° 8 Estado nutricional de los trabajadores.....	94
Tabla N°9 Distribución de la muestra por estado nutricional y estado de la circunferencia abdominal.....	95
Tabla N° 10 Frecuencia de tiempos de comida de los trabajadores.....	97
Tabla N° 11 Hábitos alimenticios de interés de los trabajadores.....	99
Tabla N° 12 Frecuencia de consumo de frutas.....	106
Tabla N° 13 Frecuencia de consumo de vegetales.....	107
Tabla N° 14 Frecuencia de consumo de lácteos.....	109
Tabla N° 15 Frecuencia de consumo de carnes, huevos y sustitutos.....	110
Tabla N° 16 Frecuencia de consumo de cereales.....	111
Tabla N° 17 Frecuencia de consumo de bebidas.....	112
Tabla N° 18 Frecuencia de consumo de Grasas y dulces.....	114
Tabla N° 19 Correlación lineal entre el IMC y las escalas de frecuencia de consumo por grupo de alimentos de interés.....	122

Tabla N° 20 Relación del estrés laboral según la frecuencia de tiempos de comida	126
Tabla N° 21 Relación de estrés laboral y hábitos alimentarios.....	128
Tabla N° 22 Promedio del IMC y prueba Anova para los indicios de estrés en los trabajadores.....	133

INDICE DE FIGURAS

Figura	N°1	Qué comida consumen fuera de la casa	101
.....			
Figura N° 2	Consumo de sal y endulzantes en los trabajadores.....		102
.....			
Figura	N°3	Consumo de alimentos “picoteo” entre comidas.....	104
.....			
Figura N° 4	Alimentos que consumen durante la pica.....		105
.....			
Figura	N°5	Frecuencia entre la actividad física	115
.....			
Figura N° 6	Distribución de la muestra según indicios de estrés		117
.....			
Figura	N°7	Relación entre el IMC y la edad	118
.....			
Figura N° 8	Escala de frecuencia de tiempos de comida		120
.....			
Figura N°9	Relación del IMC según la escala de frecuencia de tiempos de comida		121
.....			
Figura N° 10	Clasificación de la muestra según las personas consumen alimentos entre comidas		124
.....			
Figura N° 11	Patologías presentes de los trabajadores.....		135

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

En este apartado se describen las características principales del problema; obesidad, estrés laboral y hábitos alimentarios en el mismo se enfatiza la importancia de esta investigación y se justifica de manera científica, la problemática como lo son sus antecedentes, justificación y delimitaciones.

1.1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

Las condiciones laborales en las que se desempeñan los trabajadores han cambiado a nivel mundial con el paso de los años; han aumentado las exigencias de los diversos trabajos, lo que conlleva a un menor control de éstas por los trabajadores frente a la asignación de tareas (Alvarado, et al., 2012) (El ABC de la responsabilidad social empresarial en Chile y el mundo., 2003).

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (2014), establece que el estrés laboral es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación.

Cabe indicar que el estrés desencadena una serie de reacciones fisiológicas que influyen en la alimentación, específicamente por la disociación entre el apetito o saciedad (sensación primariamente psíquica) y el hambre (sensación básicamente orgánica) y es que el apetito, como estado mental, puede verse modificado por diferentes situaciones emocionales (Díaz, 2007). Los agentes estresores permiten mantener al organismo alerta y prepararlo para una respuesta defensiva, lo cual

dependerá de la cantidad de energía almacenada en él. (Adam y Epel, 2007) (Tsenkova, Morozink y Ryff, 2013).

Asimismo, el estrés laboral es una realidad experimentada por muchos trabajadores y su acumulación puede alterar los patrones de conducta de quienes lo sufren. De manera muy especial, los hábitos alimentarios y las conductas asociadas a ellos pueden verse seriamente afectados por el estrés laboral (ingestas inadecuadas o extemporáneas), o pueden ser desencadenantes de formas de estrés originadas por alteraciones o desórdenes dietéticos (Díaz, 2007).

Como lo explica Dallman (2010), las personas tienden a cambiar sus hábitos alimentarios cuando se sienten estresados. Se estima que el 20% de las personas no cambia sus hábitos alimentarios durante períodos de estrés, más del 40% aumenta su ingesta calórica, mientras que menos del 40% disminuye su ingesta cuando se siente estresado.

En Costa Rica, se ha documentado el aumento de la obesidad en los adultos desde 1982, principalmente en adultos masculinos de 20 a 64 años, según la Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009. Cada día el problema de la obesidad se acentúa en nuestra población adulta. Se dice que la salud es una estructura social, ya que se crea por la interrelación entre las personas y los entornos en el proceso de la vida diaria, en el que las personas viven, aman, aprenden, trabajan y juegan (UNESCO, 1999).

Por lo demás, una fuente importante de estrés la constituye la forma en que nos alimentamos, porque si lo hacemos erróneamente podemos contraer enfermedades.

Si nuestras células no reciben los aportes nutritivos adecuados, se produce una gran carga de estrés debida a ésta demanda interna insatisfecha (Díaz, 2007).

1.1.3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1.3.1 PROBLEMÁTICA SOBRE OBESIDAD, ESTRÉS LABORAL Y HáBITOS ALIMENTARIOS

En la actualidad uno de los problemas principales de salud para la sociedad en general es un estado nutricional inadecuado, como la obesidad. En algunos estudios es llamada la nueva epidemia mundial, por la cantidad de casos que hay actualmente en la sociedad, lo cual no tiene distinción de ningún tipo.

Al respecto, la obesidad es una enfermedad multifactorial, que incluye componentes sociales, culturales, conductuales, fisiológicos metabólicos y genéticos (Ferry, 2006-2007). Esta se caracteriza por aumento del tejido graso, el exceso de grasa se produce cuando la cantidad de energía que se ingiere con los alimentos es superior a la que se gasta. Puede estar asociada a diferentes patologías como hipertensión, dislipidemia, diabetes mellitus, aumento de algunos cánceres y otros problemas médicos reduciendo las expectativas de vida de quienes la padecen (Maiz, 1997).

Como consecuencia de un mal control de la obesidad, se pueden presentar diversas complicaciones en la salud como lo son patologías crónicas y síndrome metabólico.

Asimismo, la obesidad aumenta el riesgo de la mayor parte de las patologías crónicas, afecta la calidad de vida y disminuye en 5 a 10 años la esperanza de vida (Olshansky, 2005; Manson, 2004). El riesgo relativo de hipertensión arterial y de diabetes es tres veces mayor en adultos obesos respecto a los no obesos, y aún más entre los 25 y 45 años (Ministerio de Salud, 2003). Estas patologías determinan aislamiento social, depresión, estrés, baja autoestima y menor rendimiento laboral, por ausentismo y aumento de licencias médicas. Por lo tanto, un estilo de vida no saludable, afecta no sólo al individuo y su familia, sino además tiene un alto costo para la sociedad (Drewnowski, 2005).

Cabe destacar que el incremento de la obesidad y el sobrepeso quizás está relacionado en parte por las condiciones adversas del trabajo. El riesgo de obesidad puede incrementarse por las largas jornadas laborales, las altas demandas laborales y el pobre control del medio ambiente (Schulte, 2007).

En este sentido, en el 2008-2009 se llevó a cabo la *Encuesta Nacional de Nutrición en Costa Rica* y de la misma se obtuvieron elevados porcentajes de sobrepeso y obesidad en la población adulta: 59,7% en mujeres entre 20 y 44 años, 77,3% en mujeres entre 45 y 64 años y 62,4% en hombres de 20 a 64 años (Ávila, 2009). Incluso, la misma encuesta revela el aumento en los porcentajes con el transcurso de los años. En comparación con 1996, año en el que se realizó la penúltima Encuesta Nacional de Nutrición, el porcentaje de mujeres con sobrepeso y obesidad aumentó en un 14,2% en aquellas entre 30 y 44 años y en un 2,3% en las de 45-64 años. En el caso de hombres, la última encuesta que evaluó hombres se

llevó a cabo en 1982; sin embargo sus datos sirven para observar el aumento de un 40,3% en los hombres con sobrepeso y obesidad en el lapso de 27 años.

En este orden de ideas, se indica que el estrés laboral o (Síndrome de Burnout) se define como el conjunto de fenómenos que se presentan en el trabajador con la participación de agentes estresantes lesivos derivados directamente del trabajo o que, con motivo de éste, pueden afectar la salud del mismo. Los estímulos que pueden producir estrés pueden ser desde acontecimientos vitales, pequeños contratiempos o estímulos permanentes. Existen diferentes factores que condicionan el estrés laboral como el desempeño profesional (Trabajo de alto grado de dificultad, trabajo con gran demanda de atención, actividades de gran responsabilidad, funciones contradictorias, creatividad e iniciativa restringidas, exigencia de decisiones complejas, cambios tecnológicos intempestivos, ausencia de plan de vida laboral o amenaza de demandas laborales, etc. (Urrego, Trujillo, García & Gómez, 2013). El estrés laboral y los problemas nutricionales, pueden disminuir el rendimiento laboral durante la jornada, ya que el estado del organismo no se encuentra en óptimas condiciones.

Otro factor causal y relacionado por la influencia del estrés laboral, son los hábitos alimentarios inadecuados. Ante una situación de estrés se pueden desarrollar conductas inadecuadas en la selección y preferencia de alimentos no saludables, sumándose a esto la disponibilidad y acceso a los alimentos dentro y fuera del lugar de trabajo.

Además, un adulto trabajador invierte un cuarto de su vida trabajando y la presión que genera el trabajo asociada a las demandas de éste, pueden afectar los hábitos alimentarios y los patrones de actividad física, causando sobrepeso y obesidad (Schulte, 2007).

Costa Rica no está exento de las consecuencias del estrés; tal y como indica el Estado de la Nación (2004) la población total es de 4. 169.730 habitantes: de ello 2.048.987 son mujeres; se destaca así que el 35% de la fuerza total de trabajo del país está compuesta por mujeres.

Aunado a lo anterior, la Caja Costarricense del Seguro Social en el 2008, presentaron 32 personas estrés, mientras que en el 2009 fueron reportados 39 casos. En el 2010, se atendieron 27 personas, pero en el 2011 la cifra aumentó a 45 afectados. En el 2011, las mujeres presentaron más síntomas de ansiedad, lo cual se dio en 45 pacientes, mientras que 35 hombres fueron diagnosticados. La mayor incidencia de casos de estrés, tanto en mujeres como en hombres, se registró en edades comprendidas entre los 20 y 44 años (Novo, 2012).

1.1.3.2 LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROBLEMA

El problema principal son los hábitos o conductas alimentarias adoptadas por los trabajadores en un ambiente de estrés laboral y la relación directa con el estado nutricional actual de los mismos.

Asimismo, los hábitos alimentarios se ven afectados por diversos factores principalmente por el estilo de vida, el desarrollo del ambiente al que se enfrentan las personas diariamente, la urbanización, los factores sociales, culturales y económicos

contribuyen al establecimiento y al cambio de nuevos patrones de consumo alimentario de manera importante (Montero, Úbeda y García, 2006) ya que existe mayor consumo de alimentos procesados y una actividad física disminuida, los cuales son factores que incrementan la obesidad.

Cabe destacar que el aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad se debe, además, al sedentarismo, a los cambios en la dieta en los últimos años. Producto de la globalización, los hábitos alimentarios de las poblaciones han ido variando a través del tiempo, pues se han incorporado alimentos con mayor nivel de procesamiento, más elaborados y refinados e incrementándose cada vez más el consumo de comida “chatarra” (Díaz, Reig y Díaz, 2005). Adicionalmente, numerosas influencias procedentes de la familia, del ámbito y estrés laboral, condicionan los hábitos y el patrón de alimentación de las personas.

En este sentido, los profesionales administrativos presentan niveles de estrés y estados de ánimo que afectan su integridad como persona. Los efectos de estos factores psicosociales dependen de diferentes factores, entre ellos las habilidades, capacidades y recursos con los que cuente la persona para hacer frente a las condiciones antes mencionadas (Álvarez, 2014).

Asimismo, la incidencia del estrés sobre la salud es compleja y puede incidir directamente efectos psicológicos y fisiológicos que alteran la salud (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y psicofisiológicos), aunque también puede incidir de modo indirecto a través de conductas no saludables o estrategias de afrontamiento nocivas como la ingesta de alcohol, ingesta inadecuada de alimentos y

conductas de riesgo, etc. De igual modo, el estrés puede inhibir conductas relacionadas con la salud, como llevar una vida sana a través del ejercicio físico. Parece que el estrés puede asociarse a una reducción de conductas de salud y a un incremento de conductas nocivas para esta (Álvarez, 2014).

1.1.3.3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La investigación se realiza con los empleados del departamento de auditoría de las oficinas centrales de la CCSS.

1.1.3.3.1 DELIMITACIÓN DEMOGRÁFICA

La investigación se hace con empleados del Departamento de Auditoría, con edades entre los 22 y 60 años, todos provenientes de la zona metropolitana y con un nivel de educación profesional a nivel universitaria, un nivel socioeconómico de clase media.

El estudio abarca el periodo de junio a diciembre del año 2016 y se lleva a cabo en las oficinas centrales y administrativas del edificio de la Caja Costarricense del Seguro Social, el cual se localiza en Costa Rica, en la provincia de San José, Cantón Central, sobre la avenida segunda.

1.1.3.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Uno de los aportes de esta investigación es asociar los hábitos alimentarios inadecuados que practican los empleados en relación al estrés al que se enfrentan diariamente durante la jornada laboral y por ende la prevalencia de un mal estado nutricional como lo es la obesidad y sus consecuencias.

Actualmente el estrés laboral es una condición que se presenta en el diario vivir de la mayoría de las personas y al que se ven involucrados diversos factores desencadenantes y como consecuencia pueden aparecer diferentes comportamientos que pueden afectar la salud del ser humano.

El estrés es un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se somete a fuertes demandas. Es una enfermedad de las sociedades modernas y desarrolladas, donde se vive en un estado de tensión, sufrimiento, angustia. Tiene múltiples orígenes o causas, entre las cuales se puede citar la mala alimentación, exceso de trabajo, insatisfacción personal y ansiedad (Villarreal, 2003).

Por otra parte, la salud es la condición óptima que debe tener cualquier trabajador, para que éste pueda desempeñar a cabalidad su trabajo. La salud depende, en gran parte, de los hábitos alimentarios, las condiciones del organismo y de la nutrición que recibimos, muchas enfermedades se originan o se agravan por estas condiciones (Villarreal, 2003).

Además, el sobrepeso y obesidad afecta a más de mil millones de adultos a nivel mundial, reduce la esperanza de vida y representa una elevada carga económica para la sociedad. La OMS ha propuesto una estrategia global sobre régimen alimentario y actividad física, instando a los estados participantes a implementarla. Un gran desafío es conseguir un cambio conductual de los individuos y de la sociedad, que permita mejorar estilos de vida, disminuir la obesidad y las

enfermedades crónicas no transmisibles vinculadas a la alimentación. (Ratner, Sabal, Hernández, Romero, & Atalah, 2008).

Este proyecto nace de la necesidad de mejorar el estado nutricional de los trabajadores y fomentar los entornos saludables, lo cual tiene por objetivo conocer acerca de los hábitos alimentarios y de consumo del personal que labora en esta institución, para después llegar al diseño de propuestas que apoyen su calidad de vida.

Mediante los resultados finales de la investigación se pretende conocer la relación de las variables estrés, hábitos alimentarios con respecto al estado nutricional. Esto permite establecer diferentes recomendaciones para evitar deficiencias o excesos relacionados con problemas nutricionales, con lo cual se logra una mejor alimentación y una correcta elección de alimentos durante la jornada laboral, ello permite a los trabajadores obtener los nutrientes indispensables para el correcto funcionamiento del organismo y contribuye al mejoramiento del estado nutricional y salud de cada colaborador.

También los resultados de esta investigación benefician tanto a la empresa como a sus empleados pues se les proporcionan estrategias nutricionales, con esto se lograría mejorar hábitos alimentarios adecuados mediante la elección y selección de alimentos saludables; con todas estas aplicaciones se lograría un estado nutricional óptimo de cada individuo al promover un sano estado de salud.

Asimismo, la empresa se beneficia al obtener resultados concretos sobre sus empleados, su estado nutricional actual, el nivel de estrés que presentan en su

jornada y los hábitos a los que incurren, con esto se pretende corregir todos los factores asociados y poner en práctica diferentes técnicas para ayudar a mejorar el estado de sus colaboradores y crear un ambiente laboral óptimo.

Por lo demás, algunas implicaciones prácticas que ayuden a corregir los problemas mencionados constan de diversas estrategias en aras de controlar el estrés laboral mediante actividades que insten a los empleados trabajar en un ambiente laboral sano y empleando técnicas de relajación y actividades que promuevan la actividad física propuestas por la institución.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la influencia del estrés laboral en los hábitos alimentarios y estado nutricional de los trabajadores del departamento de auditoría de la CCSS, en el periodo de junio a octubre del 2016?

Actualmente el trabajador se inserta en espacios laborales más vulnerables, lo cual genera una vida laboral cada vez más conflictiva, llega a trastocar de forma significativa cada una de las demás esferas en las que se encuentra envuelto el ser humano. La salud, que en el lenguaje de Maslow hace referencia a las necesidades del ser humano como fisiológicas donde se engloba la salud, la alimentación, la respiración, etc. (Maslow, 2006).

Además, cabe resaltar que el estrés generado por las condiciones físicas y organizativas adversas puede estar contribuyendo al aumento de la ingesta alimentaria que no suele ser la recomendada (Matos, Proença, & Costa, 2009). Los cambios en el estilo de vida por la urbanización, han explicado mayor consumo de

alimentos procesados y una actividad física disminuida, los cuales son factyores causales del incremento en la prevalencia de obesidad (Swinburn, et al., 2011) (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Por lo demás, hay relaciones importantes entre el sobrepeso y varios problemas de salud. El riesgo de enfermedad diverticular es mayor en mujeres obesas, también es el factor de riesgo principal en el desarrollo de piedras en la vesícula. Se ha estudiado con amplitud que esta condición se encuentra asociada a la osteoartritis en varios puntos no sustentados del peso corporal y también al cáncer; es así como se conoce la relación con respecto al cáncer de colon, recto, ovarios y próstata (Díaz, 2007).

1.3. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

- Determinar la influencia del estrés laboral en el estado nutricional y los hábitos alimentarios de los empleados del departamento de auditoria interna de la CCSS.

1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las características sociodemográficas de los empleados del departamento de Auditoría de la CCSS.
2. Determinar el estado nutricional actual de los trabajadores en estudio, por medio de indicadores antropométricos.

3. Caracterizar los hábitos alimentarios y estilo de vida que tiene el grupo de estudio mediante la aplicación de una entrevista con la frecuencia de consumo diario.
4. Determinar los niveles de estrés presentes en los trabajadores en estudio, a través del cuestionario propuesto por Maslach.
5. Analizar la relación entre hábitos alimentarios, estado nutricional y estrés laboral en los empleados en estudio, además de la existencia de patologías asociadas al estado nutricional, mediante resultados.

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1. ALCANCES.

- Un estudio de la alimentación en ambientes de trabajo permite obtener datos que favorece el conocimiento de factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades como sobrepeso y obesidad y sus comorbilidades, temas de salud que cada vez adquieren mayor importancia en nuestra sociedad.
- Un beneficio organizacional es que se obtuvo resultados concretos sobre sus empleados, su estado nutricional actual, el nivel de estrés que presentan en su jornada y los hábitos a los que incurren, con esto se pretende corregir todos los factores asociados y poner en práctica diferentes técnicas para ayudar a mejorar el estado de sus colaboradores y crear un ambiente laboral óptimo.

1.4.2. LIMITACIONES.

- El tiempo para realizar las entrevistas y la toma de datos fue muy poco, pues se contó con 10 días para realizarlo.
- El tiempo para realizar las entrevistas y toma de datos de los 65 participantes fue complicado por su tiempo en la jornada, se tuvo que disponer de los lapsos para desayuno, almuerzo y café durante la tarde. Además de acomodar los días ya que muchos salían de gira fuera de las instalaciones.
- No todo el personal tuvo la disposición para colaborar por lo que solamente se llegó a los 65 participantes de la muestra.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Contexto histórico

En este apartado se abordan conceptos acerca de estado nutricional, hábitos alimenticios y estrés laboral de los adultos a nivel nacional e internacional. Está conformado por estudios similares, que servirán de base para el desarrollo, comparación y discusión de la presente investigación.

2.1.1 Estrés laboral en adultos trabajadores a nivel mundial.

El estrés laboral es una problemática mundial que va en crecimiento debido a la naturaleza cambiante del trabajo del mundo moderno, sobre todo en los países desarrollados. Cuando una persona está sometida a situaciones estresantes en relación con el trabajo, experimenta diversos síntomas como la angustia, tensión, desgano, ansiedad, preocupación, la sensación de poco o ningún control sobre las exigencias del trabajo; originando desbalances en su desarrollo laboral (Tunanñaña, 2013).

Al respecto, la OIT (2008, p.1) menciona que en América Latina no se han dado las suficientes investigaciones sobre el estrés laboral, con la finalidad de analizar las diferencias culturales como conductuales, que varían de un país a otro y para conocer con exactitud el nivel de estrés laboral de los trabajadores de una determinada organización; ello trae como consecuencia el poco conocimiento de las causas, efectos y consecuencias del estrés laboral.

Según Vega (2014) el enfoque estrés laboral y salud constituye un tema muy importante, que al pasar de los años se han relacionado directamente como un problema en la sociedad por diversas razones. La principal de ellas es la

trascendencia de los cambios experimentados por los trabajadores debidos al progreso técnico, al desarrollo económico mundial, a la emigración de los trabajadores y a la cambiante estructura demográfica de la población.

Asimismo, la primera transformación del trabajo retribuido se encuentra estrechamente ligada a los progresos técnicos, a la que se unen, por un lado, efectos de alivio y, por otro, un incremento de las llamadas situaciones estresantes. Una segunda transformación laboral relevante es debida a las condiciones macroeconómicas globales. La creciente presión de la competencia obliga a los trabajadores a esfuerzos de reciclaje y adaptación difíciles de superar (Vega, 2014).

En tercer lugar, cuenta cuando claramente se encuentran alteradas las actuales jornadas laborales del trabajador activo en distintos sentidos. Todas ellas son experiencias potencialmente estresantes. Las condiciones estresantes laborales tienen una relación cuantitativa en el origen de las enfermedades indistintamente de las cargas genéticas y los estilos de vida (Vega, 2014).

Muchas veces descrito como fatiga, el estrés laboral ha sido estudiado desde décadas atrás como algo normal en la vida de los trabajadores pero desde la década de los 60 se le ha puesto particular interés ya que se ha visto los efectos que puede causar en el comportamiento del trabajador, como éste afecta de sobremanera en como laboran las personas alterando los resultados que se obtienen de una persona con estrés laboral que no son los mejores en comparación a una persona sin este tipo de estrés (Cuixart, 2013).

A pesar de los conocimientos sobre la naturaleza del agotamiento en el trabajo, sus causas y sus consecuencias, el estrés continúa como una crisis importante en el siglo XXI. La persistencia del fenómeno *burn out* con el tiempo y su prevalencia en todo el mundo apoyan la idea de que ello refleja un desafío fundamental de la vida profesional (Maslach, et al, 2001; Schaufeli, et al, 2008).

El término Burnout se utiliza desde la década de los 70 con el fin de explicar cuando los profesionales están atravesando un momento de desgaste en su vida profesional que limitaba sus acciones, al momento de realizar sus trabajos o de enfrentarse a algún evento inesperado que se presentaba (UGT, 2010). Se demostró que este síndrome era una respuesta a un estrés de larga data a que el empleado estaba sometido y por lo tanto había compromiso de su salud psicológica y física lo cual no permitía un rendimiento exitoso en sus labores, sino este se encontraba desmotivado y sin energías para seguir realizando su trabajo (Miravalle, 2014).

Desde las primeras conceptualizaciones del síndrome de estar quemado o síndrome Burnout, este ha ido incrementando su incidencia, ya que en un principio sólo se la encontraba en el personal de salud y en maestros. Con el pasar de los años ha ido proliferando su existencia entre las profesiones, en especial los que están en contacto directo con personas y, además, sometidos a largas jornadas de trabajo sin que haya un descanso propicio, a la vez limitando el tiempo que es utilizado por los trabajadores para otras actividades como tiempo en familia y realizar ejercicio físico.

Además, los trastornos asociados al estrés laboral incluyen un amplio abanico y van desde los situados en la esfera psicosocial a corto plazo (ansiedad, depresión y trastornos psicosomáticos) hasta los de la esfera biológica a más largo plazo (infarto agudo, úlceras de estómago o dolor de espalda). Se ha sugerido que el estrés podría afectar las condiciones de salud física y mental; los trastornos más comunes son aquellos que alterarían los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, inmunitario, endocrinológico y muscular, además de la salud mental (Llorens, et al., 2010).

2.1.2 Hábitos alimentarios en adultos trabajadores a nivel mundial.

Los cambios producidos por las dietas, las modalidades de trabajo y ocio lo suelen conocerse como transición nutricional, caracterizado por cambios tanto cuantitativo como cualitativo. Según la OMS (2003), desde el siglo XX el mundo ha sufrido grandes cambios que han repercutido enormemente en el régimen alimentario, primero en las regiones industriales y más recientemente, en los países en desarrollo.

Los cambios alimentarios adversos incluyen una dieta con mayor densidad energética, lo que significa más grasa y más azúcar añadido en los alimentos, una mayor ingesta de grasas saturadas (principalmente de origen animal) unida a una disminución de la ingesta de carbohidratos complejos y de fibra, y una reducción del consumo de frutas y verduras. El urbanismo ha logrado que las personas ya no tengan un acceso inmediato a alimentos producidos en el hogar, ya sea por la falta de tiempo o el ritmo acelerado de vida (WHO, 2015).

En este sentido, según Marc Greef (2004), de la Organización Holandesa Prevent, la promoción de los hábitos de vida saludables en los lugares de trabajo tiene un doble beneficio: para la empresa, porque reduce los costos (ausentismos, accidentes, enfermedades), mejora la imagen de la empresa, ayuda a conservar el capital humano y aumenta la productividad y al empleado le otorga una mayor calidad de vida y más satisfacción en el trabajo.

Asimismo, estudios realizados por la OIT, 2010 en Ginebra, dicen que la mala alimentación en el trabajo causa pérdidas de hasta 20% en la productividad, ya sea debido a problemas como la desnutrición que afecta a unos 1.000 millones de personas en el mundo en desarrollo, o al exceso de peso que sufre una cantidad similar de personas en países industrializados, con frecuencia, la alimentación en el trabajo es considerada como un elemento secundario.

Los comedores, cuando existen, suelen ofrecer una selección rutinaria y escasamente variada, las máquinas expendedoras generalmente ofrecen alternativas poco saludables, los restaurantes cercanos pueden resultar caros o escasos. Con frecuencia, los trabajadores no tienen tiempo para comer, un lugar donde hacerlo, o dinero suficiente para comprar comida.

De acuerdo con todos estos datos, se han realizado a nivel mundial proyectos para promover la salud en el lugar de trabajo donde han tenido éxito al romper el ciclo de la malnutrición como por ejemplo se puede mencionar al Plan “Fruta en el lugar del trabajo” lo que se ha hecho es tener una fruta gratis en el lugar del trabajo, existen 621 empresas adheridas en 2001; cerca de 10,000 empresas adheridas hoy, 96% de los empleados comen fruta diariamente lo que reduce el consumo de

golosinas y dulces, este plan se ha realizado en EEUU, Uruguay, Brasil, entre otros países (Food at Work, 2008).

2.1.3 Estado nutricional de los adultos trabajadores a nivel mundial.

La edad adulta, es una etapa comprendida entre el fin de la pubertad y el inicio de la senectud, es el periodo más largo de la vida. Según el Comité FAO/OMS/ONU delimita dos intervalos: de los 18 a los 29 años y de los 30 a los 59 años. (FAO/WHO/UNU; 2001, pg.142), en donde el promedio de vida para mujeres es de 78 y hombres 73 años, esto significa que una proporción cada vez más grande corresponde a la etapa de adulto y durante ella el estilo de vida saludable (que comprende una vida activa y una alimentación correcta) es primordial para lograr un envejecimiento exitoso que resulte en una vejez con calidad y contribuya al aumento de la esperanza de vida a futuro, pues es el grupo de edad en el que descansa de forma casi total la capacidad de producción y servicios para la sociedad.

Al respecto, Rodríguez-Martín, et al (2009) en su estudio *Estilo de vida asociados con el sobrepeso y la obesidad entre los adultos*. Donde se incluyeron 2640 personas mayores de 15 años encontraron que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en Cádiz es de 37 % y 17 % respectivamente, mayor en los hombres y aumenta con la edad.

En tal sentido, el estudio realizado por Reséndiz, et al (2010) publicado en diciembre sobre *Estilo de vida e índice de masa corporal de una población de adultos del sur de Tamaulipas, México*, encontró que las mayores proporciones tanto del grupo de hombres como del de mujeres, señalaron no fumar, ni realizar algún deporte o ejercicio. En el caso del consumo de alcohol, la mayor proporción del

grupo de hombres dijo consumirlo. Los modelos de regresión mostraron que en el total del grupo, así como en el grupo de mujeres, las variables tabaco y ejercicio influyeron en el IMC de los participantes, ya que tuvieron efecto en el modelo de regresión. Dichas variables se correlacionaron significativa e inversamente con el IMC, lo que particularmente llamó la atención en el caso del tabaco.

Asimismo, un estudio de Luján-Méndez(2010), sobre *Estilos de vida del personal adscrito al primer nivel de atención en el Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, México. 2008*, concluyó que el estilo de vida entre trabajadores del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, denota un pobre dominio de su conducta alimentaria y una poca práctica de actividad física, eventos determinantes de un balance bioenergético positivo, de una cronicidad evidente dada las elevadas prevalencias de sobrepeso, obesidad, y exceso de adiposidad corporal identificadas.

De lo anterior se desprende que el ambiente laboral repercute en la salud, la inherente incidencia que tiene el estrés en el desempeño puede estar determinada por el ambiente que respire la persona colaboradora y por cómo lo asimile. Un entorno positivo y justo satisface y desafía, brinda a la persona motivación, aumenta la capacidad para el trabajo, mejora y mantiene el bienestar.

En este orden de ideas, otro aspecto revelado por la *I Encuesta Centroamericana sobre Condiciones de Trabajo y Salud* es el aumento del tiempo dedicado al trabajo, dado que el 36% de la población entrevistada manifiesta que labora más de 48 horas semanales. Esto sin contabilizar el tiempo adicional dedicado al traslado de su residencia al lugar de trabajo y viceversa, lo que puede incidir en la conciliación del trabajo con la vida personal y familiar, generando en

ocasiones conflictos, sensación de impotencia y fatiga (Dirección Nacional de Inspección del Trabajo del Ministerio de Trabajo y I Encuesta Centroamericana sobre Condiciones de Trabajo y Salud, 2011).

2.1.4 Estrés laboral en adultos trabajadores en Costa Rica.

Los riesgos de estrés relacionados con el trabajo inciden en el aumento del ausentismo, la rotación de personal, la reducción de la productividad y el rendimiento. Como país en desarrollo Costa Rica, no está ajeno a las manifestaciones del estrés laboral y a su incidencia en la salud de la población trabajadora y en la productividad de las empresas e instituciones. De hecho, se refleja un aumento en las denuncias de las personas colaboradoras contra los patronos, debido a posibles causas de estrés laboral (Baldares, 2016).

En Costa Rica se han realizado algunos estudios sobre la incidencia del síndrome de sobrecarga emocional entre médicos: en el 2004 se determinó la incidencia del estrés en la población médica de la COOPESALUD R.L. que está integrada por médicos generales y especialistas, con una incidencia de 20% en la población, y es el sexo masculino y los trabajadores más jóvenes (entre 25-34 años) los más afectados, ambos grupos en un 55.6%.

Al respecto, Millán-González, et al y Gamboa-Montero, et al (2009), realizaron dos estudios transversales y de cohorte, usando el MBI entre personal médico de la (CCSS), el primero incluyó 121 sujetos de anestesiología y recuperación, especialidades médicas y quirúrgicas, ginecología y obstetricia, mientras que el segundo solo incluyó médicos del Hospital de la Mujer Adolfo Carit, que incluyó ginecólogos, obstetras, miembros del equipo de emergencias, neonatólogos y

residentes. El primer estudio concluyó que el estrés se presentaba en 72% de los entrevistados, sin diferencias significativas entre género, estado civil, presencia de hijos, edad o tipo de residencia, mientras que el documentó una incidencia de 23.5%.

2.1.5 Hábitos alimentarios en adultos trabajadores en Costa Rica

La salud es la condición óptima que debe tener cualquier trabajador, para que este pueda desempeñar a cabalidad su trabajo. La salud depende, en gran parte, de los hábitos alimentarios, las condiciones del organismo y de la nutrición que recibimos, muchas enfermedades se originan o se agravan por estas condiciones. Es por esta razón que instituciones nacionales e internacionales han tomado en cuenta estas enfermedades dentro de sus planes de Salud Ocupacional. (Villarreal, 2003).

En los últimos años, el significado que se le ha dado a la comida ha cambiado con el tiempo y se ha ido adaptando a nuevas tendencias. El proceso tecnológico y los modernos estilos de vida han alterado los ritmos y hábitos dietéticos, lo cual ha dado lugar a una verdadera revolución en un corto espacio de tiempo (Garaulet, et al., 2008) Entre los factores que han contribuido al cambio de los hábitos alimentarios son las comidas fuera de casa y el consumo de comidas rápidas. Actualmente, gran parte de la población adulta come fuera de casa y estos alimentos son de alta densidad calórica y altos en grasa especialmente, grasas trans y saturada.

Asimismo, en las relaciones laborales y sociales resulta habitual el consumo del café, bebidas o los cigarrillos. El efecto calmante de departir socialmente con un

grupo de amigos o compañeros puede arruinarse completamente por la acción de la cafeína, el alcohol o la nicotina. La cafeína es una droga que altera el metabolismo, acelera el ritmo cardíaco y activa determinados centros cerebrales, para no percibir el cansancio o dar la sensación de renovada energía. Resulta peligrosa para quienes sufren de estrés, ya que impide la relajación y altera el sueño. La cafeína se encuentra en el café, el mate, el té, las bebidas a base de cola y un buen número de analgésicos. La nicotina es una sustancia venenosa para el ser humano y se conoce ampliamente todos los daños que produce el fumarla (Villarreal, 2003).

Con los cambios en los hábitos de alimentación, el estrés y sedentarismo presente en la vida de muchas personas adultas, ha surgido mayor cantidad de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, anemia, osteoporosis, sobrepeso y obesidad (UNESCO., 1999).

Por lo demás, existe una relación fuerte entre la nutrición y distintos factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles salud; y se ha determinado que las personas deben consumir menor cantidad de grasas, sodio y azúcares y aumentar el consumo de carbohidratos complejos y fibra dietética. El lugar de trabajo es visto como un medio por el cual el estado de la salud de los trabajadores se puede mejorar (Gibney, Margetts, Kearney y Arab, 2007).

2.1.6 Estado nutricional de los adultos trabajadores en Costa Rica

El estado nutricional es un determinante muy importante de la condición de salud de la población, la malnutrición, sea esta desnutrición, deficiencia de micronutrientes, u obesidad, pueden determinar la aparición de otras patologías (MINSA, 2014).

Al respecto, la última encuesta nacional de nutrición es del año 2008, esta es la 167 encuesta del Ministerio de Salud y es un instrumento de gran utilidad para disponer de información sobre la situación nutricional de la población, sin embargo, la información no es actual ni oportuna para valorar adecuadamente el estado nutricional de la población costarricense en el 2014. A pesar de ello es la única fuente de datos, por lo tanto, se muestran los últimos resultados obtenidos.

En el grupo de preescolares la prevalencia de sobrepeso ($> +2$ DE), según el indicador peso para talla, aumentó de 2,3% en 1982 a 6,2% en 1996. En 1996 el grupo de población escolar y el grupo de mujeres de 15 a 19 años mostraron un 14,9 y 23,2% de sobrepeso, respectivamente. En las mujeres de 20 a 44 años de edad se observó un aumento del sobrepeso y obesidad (IMC ≥ 25) de 34,6 a 45,9% entre 1982 y 1996. Asimismo, en las mujeres de 45 a 59 años se observó un aumento de 55,6 a 75% en el mismo período (MS, 1985 y 1997).

Cabe destacar que las encuestas nacionales de nutrición realizadas en Costa Rica muestran un aumento del sobrepeso y obesidad en los diferentes grupos poblacionales. En Costa Rica, se ha documentado el aumentado de la obesidad en los adultos desde 1982, principalmente en adultos masculinos de 20 a 64 años, así lo señala la *Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009*. Cada día el problema de la obesidad se acentúa en nuestra población adulta y en especial, en cierta actividad

laboral. Se dice que la salud es una estructura social, ya que se crea por la interrelación entre las personas y los entornos en el proceso de la vida diaria, en el que las personas viven, aman, aprenden, trabajan y juegan (UNESCO., 1999).

Asimismo, diversos estudios señalan que desde la niñez se van gestando prácticas y actitudes que promueven la vida sedentaria. Un estudio realizado en el año 1995 mostró que más de la mitad de la población entre los 12 y los 70 años de edad no realizaban ningún tipo de ejercicio (IAFA, 1996).

Otro estudio realizado en el 2001 en población mayor de 20 años reveló que el 36,8% de las personas eran sedentarias siendo mayor en hombres que en mujeres (38,8 y 35,3%, respectivamente) (MS, et al, 2002).

Las encuestas realizadas en los últimos años en el país muestran una elevada ingesta de grasa y azúcares simples y un reducido consumo de frutas y vegetales. (MINSA, 1990 y 2002).

Sin duda alguna, el diagnóstico de indicadores antropométricos y fisiológicos relacionados con la salud de las personas es un tema relevante para la salud pública en general y para la de cualquier trabajador en cualquier contexto. En Costa Rica se cuenta con algunos diagnósticos relativos a variables de la aptitud física reportados (Umaña, 2007) (Villarreal, 2003); sin embargo, en trabajadores a nivel de empresa, se carece de datos que permitan ubicar a esta población (Rodríguez, Ureña, Blanco, Sánchez & Salas, 2014).

2.2 Contexto teórico-conceptual

2.2.1 Generalidades del estrés laboral

El mundo laboral ha experimentado una transformación importante en las últimas décadas en el contexto sociocultural. Así, las nuevas exigencias del trabajo y el desajuste entre los requisitos del puesto de trabajo en las organizaciones y las posibilidades de rendimiento de cada sujeto han originado la aparición de nuevos riesgos denominados factores psicosociales, entre ellos el Síndrome de Burnout cuya prevalencia ha ido aumentando y que ha venido a constituirse en un problema social y de salud pública que conlleva, un gran coste económico y social (Gil de Montes, 2005).

Por su parte, Párraga (2006), dice que el síndrome surge en un desarrollo continuo y constante, lo identifica como un proceso en que las actitudes y conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral. Es por ello que describe tres fases: en la primera se produce un desequilibrio entre las demandas y los recursos, luego se produce una “tensión psicofisiológica” y por último se genera un agotamiento, en la cual se producen una serie de cambios conductuales negativos y la retirada laboral del profesional.

2.2.1.1 Etiología del estrés laboral

Estrés laboral o síndrome de Burnout (SB), actualmente se le reconoce como un proceso multicausal y muy complejo, en donde (además del estrés) se ven involucradas variantes como el aburrimiento, crisis en el desarrollo de la carrera profesional, pobres condiciones económicas, sobrecarga laboral, falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento (Quinceno y Alpi, 2007).

Para Maisto (2009), el estrés laboral es la tensión o presión psicológica, a las respuestas emocionales y corporales incómodas a situaciones estresantes lo cual desencadena un desequilibrio fisiológico y psicológico que termina en una reducción del desempeño y productividad del individuo facilitando la aparición de enfermedades psicosomáticas.

Según García (2010), el estrés laboral se puede definir como las reacciones físicas y emocionales negativas que se generan cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador.

Para Martínez (2012), el estrés laboral puede definirse como un conjunto de respuestas del empleado frente a situaciones de trabajo que van en detrimento de su salud, en los ámbitos fisiológicos, psicológicos, emocional y conductual, pero que también conlleva consecuencias en la marcha de las organizaciones, por lo cual se siente temeroso, tenso, frustrado y enojado, esto ocasiona un bajo desempeño, conflictos y en ocasiones accidentes.

Según Lara (2007) el estrés laboral se define como una respuesta nociva, física y emocional que se produce cuando las exigencias del trabajo no corresponden a las capacidades, recursos o necesidades del trabajador. Siendo la respuesta automática del organismo ante cualquier cambio ambiental (externo o interno), mediante el cual se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generen como consecuencia de la nueva situación.

El estrés tiene dos vertientes: Estrés positivo Eustrés y el estrés negativo Distrés “Eustrés proviene de la raíz griega Eu que significa bueno, estrés bueno; y se define como la respuesta saludable, positiva, productiva y constructiva frente a eventos

amenazantes e implica el bienestar individual asociado con crecimiento, flexibilidad adaptabilidad y altos niveles de desempeño” (Quick, Quick, Nelson y Hurrell, 1997).

Este estrés constructivo alienta y motiva a las personas en general, y a los trabajadores en particular, para responder positivamente a los retos y desafíos que se le presentan en la vida. Por otra parte, el Distrés, “que proviene del latino dis, el cual tiene la connotación de malo, estrés malo; y se emplea para referirse al grado de desviación fisiológica, psicológica, emocional y conductual del funcionamiento óptimo y saludable del individuo” (Quick, Quick, Nelson y Hurrell, 1997).

2.2.1.2 Causas del estrés laboral.

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (2010) indica que algunas condiciones que podrían causar el estrés laboral, se centran en el diseño de los trabajos, por ejemplo: jornadas laborales largas; trabajos frenéticos y de rutina. Además, afecta el estilo de dirección, la falta de participación por parte de los trabajadores en la toma de decisiones, la falta de comunicación en la organización y la falta de políticas que favorezcan la vida en familia de los trabajadores. Por otra parte, la afectación de las relaciones interpersonales, los malos ambientes sociales y falta de apoyo de compañeros y supervisores son causantes de estrés laboral.

Existen factores que influyen en el estrés, como la sobrecarga del trabajo, el hostigamiento moral y sexual, las rivalidades de poder y el trabajo nocturno. Entre 10 y 12% de los afectados por estrés sufren úlceras, 65% presentan alteraciones músculoesqueléticas, y 22% sufre el síndrome de Burnout. Después de la gripe, el estrés es la causa principal de ausentismo laboral en España, con un 22% (Oblitas, 2006).

Para García (2010), las causas que generan estrés laboral están dadas por los aspectos del contexto y con el contenido del trabajo. Y se pueden identificar las siguientes culturas organizativas:

- Intraorganizacional: como el ambiente físico, luz, ruido, temperatura, a nivel Individual como la sobrecarga de trabajo y conflicto de roles, a nivel grupal como la falta de cohesión, insatisfacción grupal y conflicto intragrupal y a nivel organizacional clima organizacional, diseño de puestos y control de sistemas.
- Extraorganizacional: relaciones familiares y problemas económicos como empleo, carrera y estrés cotidiano, según se percibe por uno mismo, subordinados o superiores, las diferencias individuales cognitivo/afectivas (tipo de personalidad, autoestima), fisiológica (patologías tales colesterol, presión sanguínea, glucosa sanguínea), conductual (la satisfacción, empleo, carrera, desempeño cotidiano, rotación, ausentismo), diferencias individuales conducta y demográfica (edad, sexo, ocupación, total de horas trabajadas y estado de salud).

Según Rodríguez (2010) señala que existen distintas causas que inciden en la aparición del estrés laboral, entre las cuales cabe citar: condiciones laborales, desarrollo profesional, desequilibrio entre aspiraciones laborales o logros; factores Individuales, problemas personales, factores ambientales, sobrecarga de trabajo, cuando un profesional tiene asignadas tareas para las que no está preparado, ambigüedad del rol, falta de claridad en el papel profesional, relaciones interpersonales dificultosas, falta de comunicación familiar la cual afecta al profesional en el lugar de trabajo.

Según Quinceno y Alpi (2007) los factores de riesgo que hacen susceptible al individuo ante situaciones de estrés corresponden a:

- Componentes personales: la edad (relacionada con la experiencia), el género (las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo), variables familiares (la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas), personalidad (por ejemplo, las personalidades extremadamente competitivas impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas).
- Inadecuada formación profesional: excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas y falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional.
- Factores laborales o profesionales: condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo.
- Factores sociales: como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.
- Factores ambientales: cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos.

2.2.1.3 Consecuencias del estrés laboral

Las condiciones estresantes laborales tienen una relación cuantitativa en el origen de las enfermedades indistintamente de las cargas genéticas y los estilos de vida. De manera general, las condiciones psicosociales del trabajo influyen en la salud de los trabajadores activando el sistema nervioso central mediante

reacciones emocionales conexas. El estrés es el resultado de una transacción entre unas características específicas de situación y las reacciones humanas ante estas situaciones (Paz, Josefina., 2015).

Existen evidencias de que el estrés crónico deteriora la sensación de bienestar y origina enfermedades cardiovasculares. Asimismo, produce un debilitamiento o agotamiento de los sistemas corporales de defensa y múltiples alteraciones digestivas, musculoesqueléticas, sexuales y reproductoras (Fernández y col., 2003). Las consecuencias negativas del estrés son múltiples, pero a grandes rasgos, cabe señalar su influencia sobre la salud, así como sobre el deterioro cognitivo y el rendimiento (Paz, Josefina., 2015).

El estrés puede influir negativamente sobre la salud por varias vías, como son: por los cambios de hábitos relacionados con la salud, por las alteraciones producidas en los sistemas fisiológicos como el sistema nervioso autónomo y el sistema inmune y por los cambios cognitivos, pensamientos que pueden afectar a la conducta, las emociones y la salud. En primer lugar, el estrés modifica los hábitos relacionados con salud, de manera que, con las prisas, la falta de tiempo, la tensión, etc., aumentan las conductas no saludables, tales como fumar, beber, o comer en exceso, y se reducen las conductas saludables, como hacer ejercicio físico, guardar una dieta, dormir suficientemente, conductas preventivas de higiene.

Estos cambios de hábitos pueden afectar negativamente la salud y, por supuesto, pueden desarrollarse una serie de adicciones, con consecuencias muy negativas para el individuo en las principales áreas de su vida, como son la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la salud, etc. A su vez, el desarrollo de hábitos

perniciosos para salud, como es el caso de las adicciones, hace aumentar el estrés (Paz, 2015).

En segundo lugar, el estrés puede producir una alta activación fisiológica que, mantenida en el tiempo, puede ocasionar disfunciones psicofisiológicas o psicósomáticas, tales como dolores de cabeza tensionales, problemas cardiovasculares, problemas digestivos, problemas sexuales, entre otros. A su vez el estrés puede producir cambios en otros sistemas, en especial puede producir una inmunodepresión que aumenta la susceptibilidad de infecciones, como la gripe y puede aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedades inmunológicas.

Según Cano Vindel (1997) los programas de entrenamiento en reducción de ansiedad mejoran el bienestar psicológico en todos estos casos, pero también disminuyen la activación fisiológica y mejoran los síntomas físicos de estas enfermedades como reducción de la presión arterial, disminución de la taquicardia en las arritmias, eliminación del dolor en las cefaleas y otros.

En tercer lugar, el estrés puede desbordar al individuo de manera que comience a desarrollar una serie de sesgos o errores cognitivos en la interpretación de su activación fisiológica, o de su conducta, o de sus pensamientos, o de algunas situaciones, que a su vez le lleven a adquirir una serie de temores irracionales, fobias, etc., que de por sí son un problema de salud, los llamados trastornos de ansiedad, pero que a su vez pueden seguir deteriorando la salud en otras formas. Por ejemplo, una persona sometida a estrés prolongado puede llegar a desarrollar ataques de pánico, o crisis de ansiedad, que son fuertes reacciones de ansiedad, que el individuo no puede controlar, con fuertes descargas autonómicas, temor a un

ataque al corazón. Durante esta crisis el individuo interpreta erróneamente su activación fisiológica (Cano y Tobal, 1995).

Según Cano Vindel, la ansiedad ha sido estudiada como respuesta emocional y como rasgo de personalidad. Al igual que cualquier otra emoción, esta puede ser estudiada como un conjunto de manifestaciones experienciales, fisiológicas y expresivas ante una situación o estímulo, que es evaluado por el individuo como potencialmente amenazante, aunque objetivamente no pueda resultar peligroso y piensa que le faltará el aire cuando realmente está hiperventilando, que morirá de un ataque al corazón, que se mareará y caerá al suelo, o que se volverá loco.

Posteriormente, estos ataques de pánico suelen complicarse con una agorafobia, que es una evitación de ciertas situaciones que producen ansiedad, con una dependencia de los ansiolíticos, a veces con reacciones de depresión por no poder resolver su problema. Estos trastornos de ansiedad son mucho más frecuentes en mujeres que en varones de 2 a 3 veces más frecuentes, pero por lo general una crisis de ansiedad coincide con un periodo de mucho de estrés que se ha prolongado un cierto tiempo. Entre un 1,5% y un 3,5% de la población sufre trastornos de pánico con o sin agorafobia. La edad de aparición se encuentra entre los 17 y los 35 años, justo en su edad más productiva. (Cano y Tobal, 1995) Sobre la base de experiencia e investigaciones, NIOSH apoya el parecer que las condiciones de trabajo tienen un papel principal en causar el estrés de trabajo.

Sin embargo, no se ignora el papel de factores individuales. Según la opinión de NIOSH, la exposición a condiciones estresantes de trabajo, llamadas causas de estrés pueden tener una influencia directa en la salud y la seguridad de trabajador.

Pero además factores individuales y de otras situaciones pueden intervenir para fortalecer o debilitar esta influencia. Unos ejemplos de factores del individuo y de la situación que pueden reducir los efectos de condiciones estresantes incluyen: el equilibrio entre el trabajo y la vida familiar o personal; una red de apoyo de amigos y compañeros de trabajo; un punto de vista relajado y positivo. (NIOSH, 1999).

Para Barón (2008), las consecuencias negativas del estrés laboral se manifiestan tanto en la propia persona que la padece como en la organización en la cual presta sus servicios; entre ellas tenemos las siguientes: Agotamiento emocional o cansancio emocional, desgaste de los recursos emocionales propios; despersonalización, desarrollo de una actitud cínica hacia las personas objeto de atención, siendo vistas de forma deshumanizada.

Según (Alvarez, 2008), las consecuencias del estrés son muy diversas y numerosas. Las mismas que pueden agruparse por: Efectos Psicológicos, ansiedad, agresividad, apatía; efectos conductuales, propensión a sufrir accidentes, arranques emocionales; efectos cognitivos, incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, bloqueo mental; efectos organizacionales, absentismo, relaciones laborales pobres y baja desempeño.

2.2.1.4 Factores sociales y biológicos que intervienen en el estrés laboral y aumento de peso.

El estrés laboral se ha relacionado no solamente con las condiciones y efectos inmediatos del trabajo y problemas de salud innegables, sino que se ha desbordado hasta relacionarse con otros ámbitos, por ejemplo, la relación trabajo-familia, los trastornos cardiovasculares, el bajo peso al nacer de trabajadoras gestantes, los

trastornos músculo esqueléticos, entre otros. Los factores psicosociales tales como nuevas demandas de mayor productividad y habilidad a los trabajadores, y la pérdida del control sobre el trabajo están amenazando la salud física y mental de los trabajadores. Así, enfermedades comunes tales como la coronaria, los desórdenes músculoesqueléticos, la depresión o la enfermedad del ausentismo están fuertemente influenciadas por esos nuevos aspectos psicosociales del trabajo (Román, 2006).

Las enfermedades generadas por el estrés dependerán también de la personalidad del individuo: Los sujetos a los que se denomina A corresponden a perfiles psicológicos donde predomina una respuesta excesiva. Exhiben hiperactividad, irritabilidad, son ambiciosos, agresivos, hostiles, impulsivos, impacientes crónicos, tensos y competitivos, ya sea con su medio ambiente como con ellos mismos, y sus relaciones interpersonales son problemáticas y con tendencia a la dominancia. Se menciona entonces que los sujetos con patrón de conducta tipo A, con respuesta autonómica al estrés, poseen mayor predisposición a padecer patologías cardiovasculares por la activación de las catecolaminas. A su vez tienen con frecuencia elevado el colesterol LDL y disminuido el colesterol HDL y acumulan asimismo otros factores de riesgo, como obesidad, nicotínismo e hipertensión (Hernández, 2012).

Si bien el estrés laboral es una realidad experimentada cada jornada por muchos trabajadores, se debe reconocer que algunas profesiones y actividades laborales generan más estrés que otras: así, los trabajos de dirección, nocturnos, monótonos, de servicios comunitarios, de industria pesada y minería, de construcción. La mayor

acumulación de estrés laboral puede alterar los patrones de conducta de quienes lo sufren. De manera muy especial, los hábitos alimentarios y las conductas asociadas a ellos pueden verse seriamente afectados por el estrés laboral como ingestas inadecuadas o extemporáneas, o pueden, generar alteraciones o desórdenes dietéticos (Paz, 2015).

El estrés laboral puede alterar el apetito y el hambre y, como consecuencia, la correcta alimentación y nutrición; quiere decir que una fuente de estrés constituye la manera en que nos alimentamos. Modelos erróneos de vida y de alimentación conducen a formas diversas de enfermedad. Nos encontramos enfermos o disfrutamos de buena salud según la química de nuestras células. Cuando nuestras células soportan algunos estados carenciales y no reciben los elementos nutritivos indispensables, se produce en el organismo una carga de estrés muy importante. (Paz, 2015).

En ausencia de encuestas determinantes un informe sobre Alimentación en España, MERCASA (2007), apuntaba a que el consumo fuera del hogar representa el 30% del gasto total en alimentación, contamos con evidencias suficientes como para afirmar que, un gran porcentaje de quienes comen habitualmente fuera de su casa, que incluye la población obrera, se encuentran relativamente mal nutridos, y por ello podrían considerarse como relativamente enfermos, tanto mental como físicamente (Paz, 2015).

Por todo esto se debe tener presente que el aparato digestivo en muchas oportunidades se convierte en órgano diana de patologías asociadas al estrés propio de ambientes y ritmos laborales insanos.

En determinadas circunstancias, hay disociación entre el apetito que se conoce como sensación primariamente psíquica y el hambre que se refiere a una sensación básicamente orgánica. Y es que el apetito, como estado mental, puede verse modificado por diferentes situaciones emocionales muy frecuentemente, por el estrés laboral, o a través de variaciones químicas y vasculares y de impulsos transmitidos al mesencéfalo desde diversos órganos, donde el estrés podría desempeñar también un papel relevante. La nutrición depende esencialmente de la alimentación; pero, a su vez, una fuente importante de estrés constituye la forma en que nos alimentamos, porque si lo hacemos erróneamente podemos contraer enfermedades (Díaz, 2007).

Hay un hecho cierto, y es que el placer que provocan ciertos alimentos hace que el organismo segregue "opiáceos endógenos" (endorfinas) generadores de bienestar y euforia. Por este motivo hay que suponer que cada persona acaba teniendo sus propios alimentos antiestrés. En cualquier caso, no existe una dieta única, a modo de dieta natural para la especie humana. Por el contrario, las personas deben conocer sus organismos y sus alimentos para establecer su propia y modélica dieta en virtud de sus vicisitudes laborales o sociales (Paz, 2015).

Desde una consideración laboral de la vigilancia de la salud hay un tema desencadenado, directa o indirectamente, por el estrés que, como otros de carácter grave, debe ser recogido entre las prioridades de la medicina del trabajo: se trata de la presencia de hábitos de sobre nutrición generadores de situaciones de sobrepeso y obesidad que constituirían factores de riesgo de patologías múltiples y actuarían como agravantes de cualquier enfermedad. Teóricamente, obesidad y sobrepeso no

son convertibles porque, si bien la obesidad supone el sobrepeso, no siempre se explica este por la obesidad ya que el sobrepeso engloba el conjunto del tejido graso y lo que cabría denominar tejido magro. (Paz, 2015).

Según Gil Hernández, (2005), el sobrepeso-obesidad constituye un serio problema de salud pública y laboral por su alta prevalencia, por su tendencia al progresivo incremento y por su entidad como factor de riesgo que acorta la vida media y se asocia o muchas veces provoca a otros factores de riesgo coronario y tensional. En este terreno forma una triada letal con el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo.

En la determinación del sobrepeso, pese a la existencia de otros índices ponderales para la estimación del peso teórico normal de cualquier persona, suele utilizarse, por su racionalidad y simplicidad, el Índice de Masa Corporal, conocido también como Índice de Quetelet. La mayoría de los autores consideran que es el que mejor correlaciona con la cantidad de grasa corporal. Se expresa por el cociente entre el peso en kilogramos y el cuadrado de la altura en metros.

La salud del trabajador y las situaciones de sobrepeso manifiesto muestran una grave incidencia porque ambas reflejan, además de una anomalía objetiva, la posibilidad de que factores extrínsecos a esas fuentes potenciales de patología orgánica estén invocando la existencia previa de otros factores de carácter funcional y organizativo cuya perturbación genere estrés laboral y éste a su vez provoque la adhesión compensatoria a hábitos insanos en el área de la alimentación (Gil, 2005).

2.2.2 Hábitos alimentarios en adultos trabajadores

Según la OIT (2012), los programas de alimentación saludable en el lugar de trabajo son esenciales para mantener a los trabajadores sanos y productivos y reducir el riesgo de hipertensión arterial, colesterol elevado, accidentes cerebrovasculares, diabetes y algunas formas de cáncer. Aunque menos frecuente actualmente, las carencias nutricionales también afectan la salud, favorecen la fatiga y determinan menor productividad.

Además, es importante tener presente que el lugar de trabajo es una buena plataforma de promoción de hábitos saludables para los trabajadores y sus familias, así como alimentación y actividad física y las opciones saludables deben estar presentes no solo en el almuerzo, sino en cafeterías, máquinas expendedoras y en reuniones de negocios. El empresario que promueva hábitos alimenticios más saludables, tendrá menos ausentismo laboral y una moral más alta de los trabajadores, reducción de costos de seguros, mayor productividad y mayor satisfacción en el trabajo, lo que contribuye a mejorar la imagen de la empresa y su reputación.

Un comedor es el reflejo de una empresa bien operada, donde los trabajadores pueden recibir una comida decente en un ambiente placentero con sus compañeros de trabajo. Permite a los empleados descansar, alimentarse, liberar estrés y escapar de la monotonía o de los peligros laborales, aun cuando sea solamente durante 30 minutos. Los comedores agradables ayudan a atraer y conservar a los empleados. La empresa puede establecer el precio y controlar la calidad y seguridad de los alimentos (OIT, 2012).

2.2.2.1 Definición de hábitos alimentarios.

Los hábitos alimentarios se definen como cantidad, proporción, variedad y frecuencia de consumo de alimentos de forma regular. Hay una amplia evidencia científica de que existe una relación entre hábitos alimentarios deficientes y enfermedades crónicas como diabetes, enfermedad cardiovascular, hipertensión, algunos tipos de cáncer, Alzheimer y obesidad (DGAC, 2015).

La relación de los hábitos alimentarios con la salud ha sido objeto de numerosos estudios que se remontan a la antigüedad, de lo cual ha quedado constancia en escritos de Hipócrates y Galeno de la importancia de los hábitos alimentarios y del estilo de vida en la salud (Gil, 2010). Hoy en día, es de especial interés la relación entre hábitos alimentarios y enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades cardiovasculares, Alzheimer, obesidad y ciertos tipos de cáncer (OMS, 2002).

2.2.2.2 Recomendaciones de una alimentación saludable

- Una dieta saludable ayuda a protegernos de la malnutrición en todas sus formas, así como de las enfermedades no transmisibles entre ellas la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer.
- Las dietas insalubres y la falta de actividad física están entre los principales factores de riesgo para la salud en todo el mundo.
- La ingesta calórica debe estar en consonancia con el gasto calórico. Los datos científicos disponibles indican que las grasas no deberían superar el 30% de la ingesta calórica total para evitar un aumento de peso (Hooper, 2012) (World Health Organization., 2003) (Food and Agricultural Organization of the United

Nations., 2010), lo que implica dejar de consumir grasas saturadas para consumir grasas no saturadas (FAO., 2010) y eliminar gradualmente las grasas industriales de tipo trans (Nishida, C., 2009).

- Limitar el consumo de azúcar libre a menos del 10% de la ingesta calórica total (WHO., 2003) forma parte de una dieta saludable. Para obtener mayores beneficios, se recomienda reducir su consumo a menos del 5% de la ingesta calórica total (World Health Organization., 2015).
- Mantener el consumo de sal por debajo de 5 gramos diarios ayuda a prevenir la hipertensión y reduce el riesgo de enfermedad cardíaca y de accidente cerebrovascular en la población adulta (World Health Organization., 2012.).
- Los Estados Miembros de la OMS han acordado reducir el consumo de sal entre la población mundial en un 30% y detener el aumento de la obesidad y la diabetes en adultos y adolescentes, así como en sobrepeso infantil de aquí a 2025 (WHO, 2014), (WHO, 2013), (WHO, 2014).

Llevar una dieta sana a lo largo de la vida ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como distintas enfermedades no transmisibles y diferentes afecciones. Sin embargo, el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios. Ahora se consumen más alimentos hipercalóricos, más grasas saturadas, grasas de tipo trans, azúcares libres y más sal o sodio; además, hay muchas personas que no comen suficientes frutas, verduras y fibra dietética, como por ejemplo cereales integrales.

La composición exacta de una alimentación saludable, equilibrada y variada depende de las necesidades de cada persona (por ejemplo, de su edad, sexo, hábitos de vida, ejercicio físico), el contexto cultural, los alimentos disponibles localmente y los hábitos alimentarios. No obstante, los principios básicos de la alimentación saludable son siempre los mismos.

Para tener una alimentación sana es preciso:

- Comer frutas, verduras, legumbres (por ejemplo, lentejas, garbanzos), frutos secos y cereales integrales (por ejemplo, maíz, avena, trigo o arroz integral no procesados); al menos 400 g (5 porciones) de frutas y hortalizas al día. Las papas, camote, la yuca y otros tubérculos feculentos no se consideran como frutas ni hortalizas.
- Limitar el consumo de azúcares libres a menos del 10% de la ingesta calórica total (Hooper, 2012) (WHO, 2003), que equivale a 50 gramos (o unas 12 cucharaditas rasas) en el caso de una persona con un peso saludable que consuma aproximadamente 2000 calorías al día, si bien para obtener mayores beneficios, se recomienda idealmente reducir su consumo a menos del 5% de la ingesta calórica total ((WHO, 2015). Son los fabricantes, los cocineros o el propio consumidor quienes añaden a los alimentos la mayor parte de los azúcares libres. El azúcar libre también puede estar presente en el azúcar natural de la miel, los jarabes, y los zumos y concentrados de frutas;
- Limitar el consumo de grasa (Hooper, 2012) (WHO, 2003), (FAO, 2010), al 30% de la ingesta calórica diaria. Las grasas no saturadas (presentes, por ejemplo, en el aceite de pescado, los aguacates, los frutos secos, o el aceite de

girasol, canola y oliva) son preferibles a las grasas saturadas (presentes, por ejemplo, en la carne grasa, la mantequilla, el aceite de palma y de coco, la nata, el queso, el ghee y la manteca de cerdo (FAO, 2010). Las grasas industriales de tipo trans (presentes en los alimentos procesados, la comida rápida, los aperitivos, los alimentos fritos, las pizzas congeladas, los pasteles, las galletas, las margarinas y las pastas para untar) no forman parte de una dieta sana;

- limitar el consumo de sal a menos de 5 gramos al día (aproximadamente una cucharadita de café) y consumir sal yodada (WHO, 2012).

2.2.2.3 Factores que influyen en los hábitos alimentarios de los adultos trabajadores.

La casuística más frecuente en lo que se refiere a estrés laboral en relación con la alimentación es la que se organiza en torno al componente de prisa, casi de urgencia, con que satisfacen las necesidades nutritivas un gran número de trabajadores que se ven obligados a intercalar en su jornada laboral una ingesta alimentaria inadecuadamente planificada desde el punto de vista calórico y consumida con rapidez. Pero, además, existen malas costumbres y falsos conocimientos en relación con algunos aportes energéticos, consagrados por el uso rutinario pero gravemente perjudiciales para la salud, como por ejemplo el consumo de alcohol de alta graduación, al comienzo de la jornada en ciertos cometidos laborales (para "entrar en calor"), cuando es notorio que, la exaltación de la circulación periférica consecuente a esa ingesta, que falsamente se interpreta como un gratificante corporal y anímico, responde más bien a una condición de refrigerante central (Díaz, 2007).

También pueden sumarse al cortejo de presuntos despropósitos alimentarios las grandes o mínimas ingestas (aunque se trate de nutrientes correctos) y las formas de alimentarse intempestivas o extemporáneas; por ejemplo, las cenas abundantes que se sobrecarga al cuerpo justo en el momento en que el ritmo circadiano marca el comienzo o la instalación del período de desactivación orgánica y metabólica (con el efecto altamente inconveniente de sobrecargar una caldera no predispuesta a degradar adecuadamente, en tiempo y forma, el combustible que le suministramos) y, en el mismo camino, los llamados almuerzos de trabajo, durante los cuales gran parte de nuestro componente psicobiológico se aplica a cosas bien distintas a aquellas que contribuyen a proporcionar un buen acomodo a los alimentos que se ingieren (Díaz, 2007).

2.2.3 Estado nutricional en adultos trabajadores.

El adulto entre los 20 y los 60 años comprende el grupo de edad en que descansa de forma casi total la capacidad de producción y servicios y del cual depende en su mayor parte aquellos menores de 20 a, grupo integrado en gran medida por individuos en formación tanto desde un punto de vista físico como intelectual; como aquellos mayores de 60, ha integrado igualmente por una mayor proporción de individuos no incorporados a la producción o los servicios por haber recesado en esas actividades. Es por ello que la evaluación nutricional de este grupo, cuya importancia social es indiscutible, adquiere gran relevancia en el estudio de cualquier población desde el punto de vista de su estado de salud (Gómez, 2002).

La valoración nutricional puede ser definida como la interpretación de la información obtenida a partir de estudios antropométricos, alimentarios, bioquímicos y clínicos. Dicha información es utilizada para determinar el estado nutricional de individuos o grupos de población en la medida que son influenciados por el consumo y la utilización de nutrientes (Gibson, 2005).

2.2.3.1 Antropometría e IMC en adultos.

La antropometría es un método de fundamental importancia para la evaluación del estado nutricional de una población sana o enferma por la estrecha relación existente con la nutrición y la composición corporal (Frisancho, 1990).

Esta consiste en la toma de mediciones corporales como peso, talla, circunferencia craneana, perímetros y pliegues, entre otros. Aplicaciones de la antropometría clásica La valoración antropométrica constituye un pilar importante en:

- La valoración de la salud y seguimiento de individuos, comunidades y/o grupos específicos (niños, embarazadas, ancianos, discapacitados, etc.)
- La detección temprana de la malnutrición.
- El desarrollo de programas de carácter preventivo y de rehabilitación.

A nivel individual, se usa la antropometría para identificar a las personas que necesitan una consideración especial o para evaluar la respuesta de esa persona a una intervención (OMS, 1995).

Tanto en las poblaciones como en los individuos, las principales decisiones para las cuales se usan los datos antropométricos se vinculan con los tipos de intervención que se prevén. Entre las aplicaciones típicas figuran las decisiones

sobre la necesidad o no de programas de intervención, a quienes deben estar dirigidos los programas y cuál será su naturaleza.

Estas aplicaciones son similares a las relacionadas con la detección de individuos; no obstante, rara vez están tan bien establecidas las decisiones apropiadas cuando se trata de poblaciones. La gestión de los programas y los sistemas de pronta alarma e intervención para prevenir las hambrunas y las crisis de alimentos, para los cuales desde hace mucho tiempo se han usado métodos de poblaciones, son probablemente excepciones a esta regla general (OMS, 1995).

Índice de Masa Corporal en Adultos

El índice de masa corporal refleja la masa corporal total con respecto a la talla. Es un buen indicador para ser aplicado en estudios de tamizaje para inferir riesgo de masa grasa aumentada o en todo caso para inferir sobrepeso u obesidad. No es un índice que pueda inferir la masa muscular. Por eso es que su aplicación para inferir delgadez no se utiliza en la actualidad. Tiene la ventaja de usar pocos parámetros (característica que se aplica al tamizaje) pero no detecta variación en los diferentes componentes del organismo (aumento de retención hídrica o disminución o aumento de masa muscular).

2.2.3.2 Bioquímica en adultos.

La evaluación bioquímica consiste en medir los niveles del sustrato o metabolito en sangre, su excreción urinaria o las alteraciones en actividades enzimáticas o cambios en niveles ciertos metabolitos relacionados con la misma. A partir de esas mediciones y sus valores encontrados, se pueden detectar deficiencias anteriores a

las manifestaciones clínicas. Sin embargo, hay que ser cauto cuando se quiere inferir el diagnóstico nutricional a partir de ellos. (Witriw, 2015).

Numerosos métodos bioquímicos fueron propuestos con la intención de inferir las reservas proteicas, tanto a nivel muscular como visceral, se destaca la excreción de la creatinina urinaria y su relación con el peso o talla y los niveles plasmáticos de proteínas de alto recambio. Sin embargo, la gran variabilidad en la excreción de la creatinina en situaciones fisiológicas o patológicas, han limitado su valor como método de diagnóstico.

Lo mismo ocurre con los niveles plasmáticos de proteínas, con lo cual no se sugieren como indicadores del estado nutricional (Witriw, 2015). Sin embargo, los inconvenientes en considerar dichos parámetros es que las proteínas plasmáticas se ven afectadas por factores no nutricionales. Es decir, que factores que afecten la síntesis proteica, la utilización y la excreción, bien como el catabolismo o la hidratación afectarán su concentración y por ende el resultado obtenido. Es por ello que dichos indicadores deberían utilizarse como herramientas de pronóstico nutricional y no de diagnóstico nutricional. Sin embargo, algunos indicadores bioquímicos, principalmente los relacionados con vitaminas y minerales, pueden ser de utilidad para detectar deficiencias previas a las manifestaciones clínicas. Otros infieren pronóstico, como es el caso de la albúmina y/o prealbúmina.

El recuento de linfocitos se suele utilizar para inferir depleción proteica ya que el recuento está disminuido y esa linfopenia ha sido relacionada con un aumento en la morbilidad de los pacientes. Se consideran valores normales mayores a 2000/mm³ y menores a 1999 depleción. Los neutrófilos aumentados determinan la

neutropenia, en la cual la probabilidad de infecciones y las bajas defensas constituyen un problema a tratar. Los sujetos con estas características deben mantenerse aislados, con mayores mecanismos de control y desde el punto de vista alimentario, a grandes rasgos, se evitan los alimentos crudos (Witriw, 2015).

2.2.3.3 Clínica en adultos

La finalidad de la Historia Clínica Nutricional es reunir datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar su asistencia. Es una herramienta de intercambio de observaciones e informaciones, que facilita la coordinación del equipo de salud en las actividades del cuidado del paciente (Witriw, 2015).

Las anotaciones en la historia clínica, deben ser ordenadas y posibles de ser entendidas por el resto de los miembros del Equipo de salud, y debe ser obligatorio al ingreso y posterior monitoreo del paciente (FELANPE, 2009).

¿Qué se debe anotar en la Historia Clínica?

- a. Subjetivo: incluye toda la información suministrada por el paciente, familiares o cuidadores: Información sobre el problema, actividad laboral, peso habitual relatado, cambios de peso y del apetito, alergias alimentarias, dietas realizadas anteriormente etc.
- b. Objetivo: se trata de información confirmada por diagnóstico médico, medidas antropométricas, evolución del peso, resultados de laboratorio, datos clínicos, plan alimentario y suplementos indicados, vías de alimentación etc.

c. Evaluación: incluye el diagnóstico nutricional, interpretación del profesional sobre el estado nutricional del paciente, evaluación del estado nutricional actual, y necesidades de intervención de otros profesionales o servicios.

d. Plan: se enuncian la/s acción/es a tomar para modificar la situación encontrada en base a lo puntos anteriores (FELANPE, 2009).

En la valoración de signos clínicos se busca detectar signos de deficiencia de nutrientes en la piel, ojos, labios, boca y encías, lengua, cabello, uñas, tejido subcutáneo, aparato músculo esquelético y sistema nervioso (Witriw y Guastavino)

2.2.3.4 Dietética en adultos.

Aunque no es posible tener una idea exacta del estado nutricional a partir de datos dietéticos exclusivamente, los resultados de las encuestas alimentarias sí permiten obtener información sobre la posibilidad de que una persona o un grupo tengan ingestas inadecuadas de energía y nutrientes y constituyan un grupo de riesgo. Hay que distinguir por tanto entre encuestas o estudios dietéticos y estudios nutricionales, aunque a veces ambos términos se usen como sinónimos. El estudio del consumo de alimentos es uno de los aspectos más importantes de la ciencia de la Nutrición, pues hoy tenemos suficiente evidencia de la relación que existe entre el modelo de consumo y algunas enfermedades crónico-degenerativas (Carbajal, 2013).

La información dietética puede clasificarse en dos grandes grupos según que estudien la ingesta actual o la ingesta pasada.

Estudios Prospectivos o técnicas que estudian la ingesta actual, Pesada individual precisa / diario dietético: Consiste en pesar todos los alimentos que va a

consumir la persona objeto de estudio, antes y después de preparar la comida, pesando también los restos. Es la técnica más exacta para valorar la ingesta de alimentos. La realiza el encuestador o el propio encuestado convenientemente entrenado. La duración de la encuesta depende principalmente de la heterogeneidad de la dieta y del nutriente que se vaya a estudiar. Pueden ser suficientes de tres a cinco días de registro, incluyendo las variaciones semanales, como por ejemplo las que se producen los fines de semana (Carbajal, 2013).

Estimación de los alimentos consumidos / diario dietético: la cantidad consumida se estima empleando medidas caseras o colecciones de fotografías que representen diferentes raciones de los alimentos y recetas culinarias que habitualmente consume el grupo que se está estudiando. En ambas técnicas, se describe con detalle la calidad del alimento (Carbajal, 2013).

Estudios Retrospectivos o técnicas que estudian la ingesta pasada, pueden medir la ingesta en el pasado inmediato, reciente o distante. Son las técnicas que se usan principalmente para conocer el consumo habitual de alimentos y en estudios epidemiológicos que relacionan la dieta consumida en el pasado con la enfermedad actual. La principal desventaja es que basan la recogida de datos en la memoria del encuestado y el recuerdo puede estar "contaminado" por la dieta actual (Carbajal, 2013).

Hay dos métodos:

1. Recuerdo de 24 horas: Es una de las técnicas más utilizadas por su sencillez. Consiste en recordar y anotar todos los alimentos y bebidas consumidos en las últimas 24 horas mediante entrevista realizada por un encuestador bien

entrenado. El principal inconveniente es que no permite controlar las diferencias inter-día, a menos que el recuerdo se repita varias veces en el transcurso de un mes. Las cantidades consumidas se estiman en medidas caseras o mediante el empleo de colecciones de fotografías que representan diferentes raciones de un mismo alimento o plato.

2. Historia dietética:

Permite conocer la dieta habitual de una persona, utilizando generalmente como periodo de referencia de recuerdo el último mes. La recogida de datos, que puede durar entre 60 y 90 minutos, debe ser realizada por un especialista. El método modificado consta de tres partes:

a. Registro de los alimentos consumidos durante dos o tres días o, si no es posible, un recuerdo de 24 horas, con objeto de conocer el modelo dietético y los hábitos alimentarios.

b. Frecuencia de consumo de alimentos (diaria, semanal, mensual, etc.) referida al último mes. Listado perfectamente estructurado y organizado según el modelo de consumo: desayuno, comida (primer plato, segundo, postre). La cantidad consumida se estima empleando medidas caseras o colecciones de fotografías que representan diferentes raciones de un mismo alimento o plato (Carbajal, 2013).

2.2.4 Generalidades del sobrepeso y obesidad

2.2.4.1 Antecedentes de sobrepeso y obesidad en adultos trabajadores.

Existió una época en la antigüedad en la que la gordura era símbolo de riqueza y de hermosura, con el pasar de los años esta creencia ha ido perdiendo

valor. No solo en el contexto social es que la persona delgada ha sido relacionada con éxito y salud, sino también en el campo de la medicina misma es que se han ido realizando importantes descubrimientos que han permitido conocer a ciencia cierta que un peso elevado está directamente relacionado con un estado de salud deficiente y con una menor expectativa de vida (Brown, 2006).

En las últimas décadas tanto el sobrepeso como la obesidad se han convertido en los principales problemas de salud pública, no solo en los países desarrollados sino también en los países en vías de desarrollo, como el nuestro. La obesidad es una de las alteraciones nutricionales más comunes, y está alcanzado proporciones epidémicas (Casanueva, Arroyo, Perez & Kauffer, 2008)

En 1994, se alcanzó un importante hito histórico en la investigación de esta enfermedad con el descubrimiento de la leptina y el experimento del ratón OB/OB. A pesar de que se creyó por un momento que se había encontrado la cura para la obesidad, a los investigadores les tomó poco tiempo para descubrir que este no era el caso. Sin embargo, el descubrimiento de la leptina permitió reconocer al tejido adiposo no solo como reservorio de energía, sino también como un tejido metabólicamente activo. Este descubrimiento fue crucial para futuras investigaciones en el tratamiento de la obesidad, como se describirá a lo largo de esta investigación (Foz, 2001)

2.2.4.2 Definición de sobrepeso y obesidad en adultos trabajadores.

La OMS en 1998 en su consulado de Obesidad en Ginebra (“Preventing and managing the global epidemic”) definió a la obesidad como “una enfermedad crónica, de etiología multifactorial, que se desarrolla a partir de la influencia de factores

genéticos, sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares” (Casanueva, Arroyo, Perez, & Kauffer, 2008). Se puede decir que es una acumulación excesiva de grasa que puede aumentar el riesgo de padecer enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2015) Sin embargo la cantidad y distribución de la adiposidad va a ser distinta en cada paciente, y junto con esto va a variar el riesgo que esta represente entre cada individuo (Mahan, Escott-Stump, & Raymond, Krause Dietoterapia, 2013).

El sobrepeso se debe principalmente a un desequilibrio entre la cantidad de alimentos ingeridos y el gasto energético (actividad física), mientras que la obesidad es un problema más complejo que involucra factores genéticos sumados a un estilo de vida sedentario, mala alimentación, entre otros factores ambientales (Mahan, Escott-Stump, & Raymond, Krause Dietoterapia, 2013).

En los adultos, la obesidad y el sobrepeso se diagnostican con el índice de masa corporal (IMC) que se basa en el peso y la altura (kg/m^2). El IMC se utiliza porque, en el caso de la mayoría de las personas, este valor guarda una correlación con la cantidad de grasa corporal. Un adulto con un IMC de entre 25 y 29,9 es considerado con sobrepeso. Un adulto con un IMC de 30 o más es considerado obeso (CDC, 2014)

No sólo existe la obesidad clasificada por el IMC como ya se ha descrito. La obesidad también se puede clasificar por su etiología, por la distribución del tejido adiposo, por el tipo celular, entre otras.

Por su etiología:

- De origen exógeno: Causada por una excesiva ingesta de energía. Este tipo de obesidad representa la mayoría de casos y viene mayormente ligada a los hábitos alimenticios de cada individuo.
- De origen endógeno: Causada por desequilibrios metabólicos o endócrinos. Este tipo de obesidad es la menos común. Por su distribución: Obesidad ginecoide: Esta es más frecuente en las mujeres. Se caracteriza por una acumulación de grasa en caderas, glúteos y 16 muslos. Este tipo de obesidad conlleva a problemas venosos, articulares y biliares.
- Obesidad androide: Se presenta más frecuentemente en los hombres. Se caracteriza por el acumulo de grasa en cara, región abdominal y cervical. Este tipo de obesidad está asociada con la presencia de enfermedades crónicas degenerativas (Morales, 2010).

2.2.4.3 Causas de sobrepeso y obesidad en adultos trabajadores.

Desde las primeras descripciones de la obesidad y el sobrepeso ya se conoce que principalmente se debe a un desbalance entre la ingesta y el gasto de energía, sin embargo, sobre todo cuando se habla de obesidad, ya se conoce que existe una serie de factores exógenos y endógenos que combinados conllevan a la enfermedad. Sobre todo, los factores endógenos son los que siguen siendo estudiados por ser los sospechosos de dificultar y casi imposibilitar el tratamiento de la enfermedad.

- Sedentarismo: Como ya se mencionó, la sobrealimentación acompañada de actividad física inadecuada contribuye a la ganancia de peso. El sedentarismo ha

sido consecuencia de la modernización. La mayoría de los trabajos, sobre todo en el sector urbano, son de carácter sedentario. El transporte se ha automatizado y los esfuerzos físicos que se deben hacer para conseguir cualquier tipo de alimento o para llegar a cualquier lugar han disminuido significativamente.

En un estudio realizado en el periodo 2014-2015 en la Universidad Internacional del Ecuador, en el cual se midió el nivel de actividad física realizada por el personal utilizando el cuestionario IPAQ; se descubrió que 25% de las mujeres y 12.5% de los hombres son sedentarios, de igual manera 22.5% de las mujeres y 10% de los hombres encuestados fueron catalogados como poco activos (Guzman, 2015)

- Alimentación inadecuada: Lamentablemente nuestro país se ha ido americanizando a pasos agigantados. Hemos abandonado nuestra alimentación típica rica en frutas, legumbres, leguminosas, lácteos y cárnicos y la hemos reemplazado por comidas altas en grasa y azúcar, especialmente en el sector urbano. El sector rural no está por fuera de la pandemia de la mala alimentación, los precios de los alimentos han hecho que la alimentación de las personas de bajos recursos sea rica en carbohidratos de bajo precio (arroz, papa, yuca, azúcar, pan blanco) y baja en proteínas de alto valor biológico. Sumado a esto se encuentra el bajo conocimiento en cuanto a aspectos nutricionales de una dieta balanceada.
- Herencia: Muchos de los factores hormonales implicados en la regulación del peso son dictados por la genética. Entre ellos figuran las señales de saciedad y hambre. Dependen también de la genética, el número y tamaño de las células

adiposas, la distribución regional de la grasa y la tasa metabólica de cada individuo. A pesar de que son muchos los genes que intervienen en el desarrollo de la enfermedad, los mayormente estudiados han sido el gen Ob, gen receptor de la leptina, gen ADIPOQ, gen FTO y gen receptor adrenérgico por su importante papel en la regulación del metabolismo basal y la oxidación de las grasas, además de que se ha visto una estrecha relación entre estos y el desarrollo de síndrome metabólico (Mahan, Escott-Stump, & Raymond, Krause Dietoterapia, 2013).

- Uso de anticonceptivos La mayoría de anticonceptivos en la actualidad están formulados a base de estrógenos y progestinas, combinados de distintas maneras según su presentación. Existen receptores de estrógeno en casi todos los tejidos de nuestro organismo. Este tiene acción antioxidante y constituye un importante factor cardioprotector que previene la aterosclerosis al reparar el daño endotelial (Bajares & Pizzi, 2013).
- Menopausia: La menopausia está definida como un cese en la ovulación y por ende en la aparición de ciclos menstruales por un periodo entre 6-12 meses. Años antes de que aparezca ya existen periodos anovulatorios de duración variable. En esta etapa de la vida es cuando se encuentra una mayor prevalencia de obesidad en las mujeres, esto se ha visto en diversos estudios en distintos países. Es decir, la menopausia representa un factor de riesgo importante para presentar obesidad.

2.2.4.4 Consecuencias de sobrepeso y obesidad en adultos trabajadores.

Se ha descrito a la obesidad como un factor de riesgo para múltiples enfermedades a lo largo de los años, sin embargo, es recientemente que se la ha considerado una enfermedad en sí, debido a la caracterización de su sintomatología. Aun así, hay que tomar en cuenta que el sujeto “enfermo” de obesidad, tiene mayor predisposición para padecer un abanico de enfermedades sobre todo de tipo cardiometabólico, aunque también se ha visto que está ligada a enfermedades como cáncer, 30 infecciones, trastornos óseos, articulares, problemas de visión, muerte prematura, riesgos en el embarazo y a un mayor riesgo quirúrgico. La persona con sobrepeso u obesidad puede correr un mayor riesgo de padecer:

- ✓ Resistencia a la insulina: Menor captación de glucosa mediada por la insulina. Está causada por factores genéticos y/o ambientales acompañada de malos hábitos alimentarios y hábitos nocivos (Mahan, Escott-Stump, & Raymond, Krause Dietoterapia, 2013).
- ✓ Dislipidemia: Se considera que la dislipidemia asociada con la obesidad es altamente aterogénica y se caracteriza por: -Hipertrigliceridemia: TG >150 mg/dl, HDL disminuido: Hombres: HDL<40 mg/dl y Mujeres <50 mg/dl., Lipoproteínas de baja densidad (LDL) pequeñas y densas, aumento de ácidos grasos libres en plasma, aumento de apolipoproteína B.
- ✓ El HDL bajo y los triglicéridos elevados son predictores independientes de riesgo cardiovascular en pacientes con SM. La combinación de HDL bajo y glicemia basal elevada ha demostrado ser predictor de enfermedad coronaria (Pineda, 2008).

- ✓ Hipertensión arterial: La presión arterial es la fuerza que ejerce el flujo sanguíneo sobre las arterias. La hipertensión arterial es el aumento persistente de la presión arterial, se considera hipertensión cuando es superior a 140/90mmHg. Esta enfermedad no causa síntomas, sin embargo, tiene serias complicaciones crónicas y es un factor de riesgo importante para varias enfermedades (Mahan, Escott-Stump, & Raymond, Krause Dietoterapia, 2013).

- ✓ Glicemias: La presencia de DM 1 ó 2 aumenta el riesgo de ECV. Los criterios diagnósticos para DM son: Síntomas de diabetes más una glucemia casual (a cualquier hora del día) medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l). Los síntomas clásicos de diabetes incluyen poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida inexplicable de peso. Glucemia en ayunas medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l). Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/ dl (11.1 mmol/l) dos horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). (Panamerican Health Organiazation, 2006) Todas estas enfermedades son componentes del síndrome metabólico, lo cual aumenta el riesgo de episodios cardiovasculares y muerte súbita.

2.2.4.5 Sedentarismo en adultos trabajadores

El sedentarismo, definido como la falta de actividad física, sigue siendo uno de los factores de riesgo para desarrollar obesidad y por ende los problemas que esta trae consigo. Se ha observado que los individuos sedentarios presentan niveles de mortalidad y morbilidad mayores que aquellos físicamente activos, y que los

individuos que poseen enfermedades crónicas que son físicamente inactivos tienen una mayor mortalidad que los que son activos (Grupo de Actividad Física y Salud de la semFYC., 2002. 423-424.).

Las largas jornadas de trabajo asociadas a poca movilidad en muchos de los puestos, son algunos de los factores que resulta una ayuda para que las personas adopten una vida sedentaria. En ocasiones se permanece por tiempos prolongados en la misma postura, lo que lleva a fatiga muscular y consecuentemente cansancio y desconcentración. Esto a su vez genera un círculo vicioso que cada vez producirá deterioro en la productividad individual. Por otro lado, si se lleva una vida con poca actividad física se presentan diversas patologías secundarias que terminan por alterar todo el entorno personal y laboral. Una persona que realiza trabajos de acondicionamiento físico de mantenimiento muscular y cardiovascular logrará evitar tales desenlaces. De ahí la importancia de mantenernos activos no solo por salud en general sino también con relación al ámbito laboral (Urrego, Trujillo, García & Gómez, 2013).

En cuanto a la actividad física, los profesionales de la salud recomiendan la práctica de ejercicio regular y la reducción de actividades sedentarias. Para reducir el riesgo de enfermedades crónicas, lo indicado sería realizar la mayoría de los días de la semana por lo menos 30 minutos de actividad física de intensidad moderada, además de la actividad habitual en el trabajo o en el hogar. Niños y adolescentes deberían de practicar por lo menos 60 minutos de actividad física la mayoría de los días de la semana o preferentemente todos los días (CDC, 2011).

Para mantener el peso corporal dentro de un rango saludable, recomiendan equilibrar las calorías consumidas en forma de alimentos y bebidas con las calorías que se gastan. Para prevenir el aumento gradual del peso con el tiempo, las pautas recomiendan disminuir lentamente las calorías consumidas en alimentos y bebidas, y aumentar la actividad física. La actividad física personalizada combinada con una dieta ajustada a las necesidades nutricionales reporta mayor reducción de peso que únicamente dieta (Shaw et al., 2006; Eumann et al., 2012).

CAPÍTULO III. MARCO METODOLOGICO

MARCO METODOLÓGICO:

Este apartado se conforma por el diseño metodológico donde se describe tipo y área de estudio, técnicas, métodos e instrumentos de la investigación.

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación presenta un enfoque cuantitativo, en el cual se busca que la teoría expuesta pueda ser verificada por medio de los resultados obtenidos en el estudio, es así una relación entre las variables del estudio tales como hábitos alimentarios, estrés laboral se relacionan con el estado nutricional. La naturaleza de los datos es cuantitativa, los cuales son representados con datos numéricos y análisis estadístico.

Es un estudio de tipo transversal ya que los datos recolectados se realizaron en un solo momento en la investigación y correlacional porque se buscó establecer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más categorías o variables en un contexto.

La investigación es de tipo descriptivo ya que busca especificar las características de las personas, grupos, procesos, objetos y cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis; por lo dicho anteriormente está dirigido a determinar cómo está la situación de las variables que se estudian del estrés laboral y hábitos alimentarios y el análisis de los datos se hace de manera estadística, objetiva y sistemática según el estado nutricional de los trabajadores (Hernández, 2010).

3.2. ÁREA DE ESTUDIO.

La población corresponde a todos los empleados que laboran en las oficinas centrales de la CCSS, específicamente del departamento de Auditoría Interna.

La Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), constituye el órgano de control responsable de la fiscalización y el cumplimiento de la legalidad y el ordenamiento técnico que rige las actividades que ejecutan los trabajadores de la seguridad social. (Sánchez, 2013).

Su labor basada en un rol preventivo, de asesoría y consultoría, y un enfoque multidisciplinario en la ejecución de sus actividades de fiscalización y control, con la incorporación de profesionales en medicina, contaduría pública autorizada, administración con énfasis en servicios de salud, administración pública y de negocios, derecho, ingeniería industrial, civil, electro medicina e informática. (Sánchez, 2013).

Dicha entidad por encontrarse en la zona metropolitana, donde se localizan diversas empresas y locales comerciales cuenta con todos los servicios básicos de agua potable, electricidad, internet, seguridad, acceso a servicios de transporte y alimentación. Así mismo, el acceso que tienen los empleados a estos servicios de alimentación como lo son sodas, comercios y supermercados aledaños a la ubicación de la empresa, tomando en cuenta también que muchos de ellos, laboran fuera de la institución y su alimentación se compone la mayoría de veces es de comida rápida.

3.2.1 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO (SUJETOS):

En este apartado se describe la información obtenida respecto a la selección de la población y muestra de la investigación.

A. MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 65 adultos entre los 20 y 65 años, todos son empleados del departamento de Auditoría interna de las oficinas centrales en San José.

B. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

C. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los trabajadores que fueron incluidos en la investigación se seleccionaron de acuerdo con los siguientes criterios:

- Realicen al menos 3 tiempos de alimentación dentro de la jornada laboral.
- Con una jornada laboral de al menos 8 horas diarias.
- Mayores de 18 años y menores de 65 años.
- Que laboren en el departamento de Auditoría en Sede central.
- Personas de ambos sexos

D. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron de la investigación aquellos individuos con las siguientes características:

- Sujetos con alguna patología inusual como: epilepsia, trastorno de bipolaridad.
- No acepten voluntariamente la participación en todo el proceso y no lo firmen.
- Sujetos que consuman algún medicamento como psicotrópico o calmantes durante la jornada laboral.

3.2.2 FUENTE DE INFORMACIÓN.

A. FUENTES PRIMARIAS

Son todos los recursos que contienen datos formales, informales, escritos, orales o multimedia. Estas fuentes se dividen en tres: primarias, secundarias y terciarias (Silvestrini, 2008).

B. LAS FUENTES SECUNDARIAS

Contienen información primaria, sintetizada y reorganizada. Están especialmente diseñadas para facilitar y maximizar el acceso a las fuentes primarias o a sus contenidos. Componen la colección de referencia de la biblioteca y facilitan el control y el acceso a las fuentes primarias (Silvestrini, 2008).

La tesis, artículos científicos y las páginas web utilizaron otras fuentes donde encontraron la información, dicha información es una fuente secundaria. En este estudio también se utilizó este tipo de fuentes secundarias.

3.2.3 IDENTIFICACIÓN, DESCRIPCIÓN Y RELACIÓN DE VARIABLES.

El siguiente apartado contiene una breve descripción sobre los datos de las variables y su respectivo concepto con el fin de tener claridad que puede medirse y evaluarse dentro de la investigación.

3.2.3.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La demografía se refiere al estudio de una población que se encuentra relacionada o diferenciada a factores o aspectos como edad, género, ubicación geográfica, nivel de educación, estado civil, nivel académico y económico, estado estado de salud, cultura, etc. Estos estudios se llevan a cabo por medio de censos entre cada una de las personas y entre las viviendas de un lugar en específico.

3.2.3.2 ESTADO NUTRICIONAL

Evaluación del estado en que se encuentra cada individuo de la investigación de acuerdo a la ingesta total de nutrientes y adaptaciones fisiológicas, esto permite conocer las deficiencias o excesos en la alimentación y dar un criterio de su estado actual.

3.2.3.3 HÁBITOS ALIMENTARIOS

Comportamiento de los individuos de la investigación en relación a su manera de alimentarse como elección de los alimentos, preparaciones, frecuencia de consumo, tradiciones en su alimentación diaria, cultura y factores relacionados a su medio ambiente.

3.2.3.4 ESTRÉS LABORAL

Se define como el conjunto de reacciones y conductas que presentan los trabajadores de la investigación como lo son cansancio físico y mental, ansiedad, mal humor, angustia, frustración entre otras relacionado a fenómenos o agentes estresores causados por el estrés diario, carga de trabajo, ambiente laboral, familia, transporte, medio ambiente y demás que pueden llegar afectar directamente también la alimentación de los individuos.

3.2.4 Operacionalización de Variables

En la siguiente table se describe la operaci3n de cada variable asociadas tales como demograf3a, estado nutricional, h3bitos alimentarios y estr3s laboral.

Tabla N°1.

Tabla de operacionalizaci3n de variables demograf3a, estado nutricional, h3bitos alimentarios y estr3s laboral de los trabajadores departamento Auditor3a Interna de la CCSS, San Jos3 Costa Rica, octubre 2016.

Objetivo espec3fi co	Varia ble	Concep- to	Dimen siones	Defini-ci3n operacional	Indica- dores	Defini- ci3n instru- mental	Fuente Informa- ci3n	Resulta Dos

Continúa

<p>Especificar la situación sociodemográfica de los empleados del departamento de Auditoría de la CCSS.</p>	<p>Demografía</p>	<p>Conjunto de personas que se caracterizan por diferencias culturales, sociales, geográficas, políticas o de otro tipo.</p>	<p>Edad Género Escolaridad Nivel Socioeconómico</p>	<p>Entrevista Cuestionario</p>	<p>Edad M/F Educación Ingresos</p>	<p>Situación actual de los sujetos mediante una entrevista o cuestionario</p>	<p>Participantes de la investigación</p>	<p>Rangos. F-M Nivel Nivel económico</p>
<p>Evaluar el estado nutricional actual de los trabajadores en estudio, por medio de la evaluación peso y talla</p>	<p>Estado Nutricional</p>	<p>Permite detectar situaciones de deficiencia o de exceso.</p>	<p>Peso Corporal Talla</p>	<p>Se realizan las mediciones con balanza y tallmetro y se hace registro de rangos de los datos</p>	<p>Kg Cm</p>	<p>Mediante la toma de medidas registro en Bitácora De entrevista</p>	<p>Participantes de la investigación</p>	<p>Categorías de acuerdo a la OMS</p>

Fuente Espinoza 2016

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A continuación, se detallan las técnicas, equipos e instrumentos utilizados para una óptima recolección de información para la investigación como se le muestran en este apartado.

Los instrumentos utilizados en la investigación fueron: anamnesis nutricional, por medio de él se realizó una entrevista a los participantes para obtener ciertos datos de interés como datos sociodemográficos, datos clínicos y una evaluación nutricional. En las características demográficas se detallan datos personales como edad, género, domicilio, grado académico, ocupación, ingresos, etc; también se evaluó la parte clínica con antecedentes patológicos personales, para determinar algunas patologías existentes en la población. Para evaluar el estado nutricional se utilizó equipo antropométrico detallado en la Tabla N°2.

Tabla N°2

Tabla equipo de trabajo para la toma de medidas antropométricas de los trabajadores del Dpto. Auditoría Interna de la CCSS. San José Costa Rica, octubre 2016.

Equipo	Marca	Capacidad	Sensibilidad	Técnica

Continúa

Báscula digital de piso	Marca OMRON® modelo HBF-510LA	150 Kg	±100 g	Posición erecta, con los miembros superiores a ambos lados del cuerpo, las palmas y dedos de las manos rectos y extendidos hacia abajo, mirando hacia el frente, en bipedestación, con el peso distribuido equitativamente en ambos pies, sin zapatos y sin ningún objeto de peso en los bolsillos
-------------------------	----------------------------------	--------	--------	--

Tallímetro portátil	Seca®	200 cm	±1mm	Posición erecta (sin calzado), con los miembros superiores a ambos lados del cuerpo, las palmas y dedos de las manos rectos y extendidos hacia abajo, mirando hacia el frente, en bipedestación, con el peso distribuido equitativamente en ambos pies., sin zapatos, en el caso de las mujeres con el cabello suelto
Cinta métrica	-	100cm	-	Posición erecta, brazos extendidos, abdomen descubierto se mide la circunferencia dos cm para arriba del ombligo.

Fuente: Espinoza, 2016.

Luego de realizar la toma de medidas de peso, talla y circunferencia abdominal se inicia con el cálculo del IMC y se evalúan según criterios de la OMS. Y con la toma de circunferencia se determina el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

Para la determinación de hábitos alimentarios de los participantes y conocer un poco más de su alimentación se utilizó el cuestionario basado en el artículo de

Harvard; para determinar la frecuencia de consumo de alimentos de los participantes.

Además para medir la variable de estrés laboral se hará por medio del cuestionario Maslach, que de forma auto aplicada, mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. El cuestionario más utilizado en la escala de Maslach de 1986. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. (Gil Monte, P. 2000)

Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20.) Puntuación máxima 54. 2.

Subescala de despersonalización: Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30.

3. Subescala de realización personal: Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.

Rangos de medida de la escala 0 = Nunca. 1 = Pocas veces al año o menos. 2 = Una vez al mes o menos. 3 = Unas pocas veces al mes. 4 = Una vez a la semana. 5 = Unas pocas veces a la semana. 6 = Todos los días.

Tabla N°3

Cálculo de puntuaciones finales e ítems que se señalan los indicios de estrés laboral

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor obtenido	Indicios de burnout
Cansancio Emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20		Más de 26
Despersonalización	5-10-11-15-22		Más de 9
Realización Personal	4-7-9-12-17-18-19-21		Menos de 34

Fuente: Gil de Montes, P. (2000).

Valoración de puntuaciones: Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome.

Tabla N° 4

Valores de referencia del síndrome de Burnout o estrés laboral.

	Bajo	Medio	Alto
Cansancio Emocional	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización Personal	0-33	34-39	40-56

Fuente: Gil de Montes, P (2000)

3.3.1 PRUEBA PILOTO (PP)

En dicha metodología se decide realizar un plan piloto previo para obtener mejores resultados en la aplicación de la muestra.

Se realiza un estudio con grupo de 10 trabajadores de una empresa similar para la valoración de estado nutricional, hábitos y estilo de vida. Se aplica un consentimiento informado para la participación del estudio.

Una vez en el lugar se realiza la instalación del equipo antropométrico, que el equipo este en buen estado y calibrados. Y se remite a explicarles las instrucciones de la valoración y de la encuesta.

3.3.1.1 Etapa preliminar

Se inicia con la búsqueda de los sujetos que participarían de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión para explicarles sobre la investigación. Se les explica en que consiste el estudio, el tipo de técnicas a realizarse con cada uno de ellos, la forma de abordaje con diferentes técnicas como entrevistas individuales, visitas de observación y demás. Se les entregará a los participantes el consentimiento informado para que fuera leído con calma, aclararan las dudas que tuvieran al respecto y con ella tomar una decisión sobre su participación en la investigación.

Además, se ejecuta una prueba piloto en personas con características similares al grupo de estudio para verificar que el instrumento que se fuese a utilizar fuera seguro y confiable. Con población homóloga que no están dentro de la investigación se les aplicó el procedimiento para determinar confiabilidad y que el instrumento fuese seguro.

3.3.1.2 Etapa de campo

Se inicia con la verificación de los instrumentos y demás materiales que se encuentren en buen estado. Se da una breve explicación sobre el procedimiento a realizar en dicha evaluación. Luego se procede a anotar los datos personales del

colaborador en estudio y luego se aplica las encuestas sobre hábitos y frecuencia de consumo de alimentos.

Una vez terminada la evaluación dietética, en el mismo lugar se procede a la toma de medidas antropométricas, donde se explica al sujeto las posturas adecuadas que deben tener a la hora de realizar la medición para garantizar que sean datos válidos y se verifica que el paciente no haya consumido alimentos 2 horas antes de la medición, que no tuviese ganas de orinar o defecar para no alterar los datos y con ello crear mayor exactitud. Seguidamente se procede a la toma de la talla y luego el peso, el instrumento utilizado para esta evaluación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos. Cada una de las secciones siguientes se asocia a los objetivos planteados para la investigación. Primeramente, se abordan las características sociodemográficas de los entrevistados (as), seguido se realiza un análisis del estado nutricional de los individuos (medido mediante el IMC) en relación con algunas variables que caracterizan la muestra. En tercer lugar, se expone los hábitos alimenticios y características del estilo de vida de la muestra según la frecuencia de consumo de algunos grupos de alimentos de interés y preguntas de control como por ejemplo la frecuencia de comidas realizadas al día, el uso de sal y la frecuencia en que realiza actividad física. En cuarto lugar, se estudia la posible evidencia de estrés laboral sobre los colaboradores del departamento y finalmente se muestran las posibles relaciones existentes entre los fenómenos mencionados sobre el estado nutricional de las personas.

Características sociodemográficas

A continuación, se aborda sobre las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla N° 5
Distribución de la muestra por edad y sexo de los trabajadores del Dpto.
Auditoría Interna CCSS. San José Costa Rica, 2016. (n=65 personas)

Rango de edad	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Edad 20-29 Años	2	3%	5	8%	7	11%
Edad 30-39 Años	8	12%	18	28%	26	40%
Edad 40-49 Años	6	9%	12	18%	18	28%
Edad 50-61 Años	6	9%	8	12%	14	21%
Total	22	34%	43	66%	65	100%

Fuente: Espinoza (2017).

Como primer punto, la Tabla N° 5 muestra la distribución de los individuos de acuerdo al sexo. Se observa que la mayoría de entrevistados (as) corresponde a hombres (43 personas) y que consecuentemente solo el 34% de la muestra a mujeres.

Respecto a la edad, se encontró que las personas se ubicaron dentro un rango comprendido entre los 20 y 61 años. Además, como se muestra en esta misma tabla, la mayoría de personas entrevistadas se ubicó principalmente entre los rangos de 30 y 39 años (entre estas edades se acumula aproximadamente un 40% de la muestra).

Los años de la fase adulta son largos y complicados por factores fisiológicos, madurativos y sociales. Junto a sus antecedentes génicos y sociales, los adultos han acumulado los resultados de sus conductas y los riesgos de los factores ambientales. Estos factores modelan la heterogeneidad de los años de la vida adulta (Mahan, Escott-Stump, & Raymond. 2013).

Según la Unesco (1999) en Costa Rica, se ha documentado el aumento de la obesidad en los adultos desde 1982, principalmente en adultos masculinos de 20 a 64 años, según la Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009.

Tabla Nº 6

Distribución de la muestra por lugar de residencia y estado civil de los trabajadores Dpto. Auditoría Interna CCSS. San José Costa Rica, Octubre 2016.
(n=65 personas)

Residencia								
Rango Edad edad	San José		Heredia		Cartago		Alajuela	
	n	%	N	%	n	%	n	%
20-29 Años	6	9%	1	2%	0	0%	0	0%
30-39 Años	15	23%	7	11%	3	5%	1	2%
40-49 Años	8	12%	6	9%	1	2%	3	5%
50-61 Años	9	14%	0	0%	1	2%	4	6%

Estado Civil								
Rango de edad	Solteros(as)		Casado(as)		Divorciados(as)		Viudos(as)	
	n	%	N	%	n	%	n	0%
Edad 20-29 Años	5	8%	2	3%	0	0%	0	0%
Edad 30-39 Años	8	12%	17	26%	1	2%	0	0%
Edad 40-49 Años	2	3%	12	18%	4	6%	0	0%
Edad 50-61 Años	0	0%	12	18%	1	2%	1	2%
Total	15	23%	43	66%	6	9%	1	2%

Fuente: Espinoza (2017).

Por su parte, al preguntar sobre la provincia de residencia de las personas (ver Tabla Nº 2), se observó que la provincia de donde más provienen los individuos corresponde a San José (58.5%), seguida de Heredia (21.5%), Alajuela (12.3%) y Cartago (7.7%).

Un estudio realizado en Costa Rica por Pugol (2000) menciona que en las ciudades están los trabajos más productivos y remunerados, es donde se concentran las mejores oportunidades por la diversidad inherente de trabajos, educación y asesorías a empresas privadas y públicas.

La urbanización afecta también la salud a través de los lugares donde se vive o trabaja, la cantidad y calidad de los alimentos y los factores ambientales. También esto puede asociarse con la disminución de la actividad física producto de grandes distancias a recorrer rutinariamente, simultáneamente a la escasez de tiempo y el incremento del uso del automóvil o el transporte público (Phillips, 1993).

El desplazamiento de los trabajadores de sus casas a los lugares de trabajo y viceversa relacionados a factores de tiempo, transporte, afluencia de tránsito en la zona tienen una posible relación con el estrés laboral, según la Encuesta Centroamericana sobre Condiciones de Trabajo y Salud, el aumento del tiempo adicional dedicado al traslado de su residencia al lugar de trabajo y viceversa, puede incidir en la conciliación del trabajo con la vida personal y familiar, lo cual genera, en ocasiones conflictos, sensación de impotencia y fatiga. (Dirección de Asuntos Laborales de la Defensoría de los Habitantes, Dirección Nacional de Inspección del Trabajo del Ministerio de Trabajo y I Encuesta Centroamericana sobre Condiciones de Trabajo y Salud 2011).

Adicionalmente, cuando se agrupa la muestra de personas de acuerdo al estado civil (ver Tabla N° 6), se observó que la gran mayoría de entrevistados (as) se

Continúa
Tabla N°7

50-61 Años	14	14	0	0	2	12
Total	65	45	11	4	10	55
%	100%	69%	17%	6%	15%	85%

Fuente: Espinoza (2017).

En la tabla N°7 es importante señalar que el total de las personas entrevistadas posee un grado académico universitario, con lo cual se demuestra un alto nivel educativo en los participantes y que tal como se mencionó al inicio todas las personas entrevistadas pertenecen al Departamento de Auditoría Interna de la CCSS, un 69% tiene un cargo de auditor o asistente de auditoría, en menor porcentaje se dedica a labores administrativas del departamento.

En el mundo laboral de la sociedad moderna, con la internacionalización económica y la innovación tecnológica, está provocando un proceso de cambios debido a la disminución de las demandas físicas y ha ido aumentando las demandas sobre la interacción psicosocial. Estas situaciones experimentadas en el trabajo, representan mejoras y avances, pero también, provocan la aparición de una serie de condiciones que conducen a riesgos que afectan al bienestar físico como psicológico de la persona (Gil de Montes, 2005).

Finalmente, respecto al nivel de ingresos observado en la Tabla N°7, se encontró que la mayoría de entrevistados (as) tienen ingresos superiores a los ₡ 500 mil colones (84.6%) y que solamente 10 personas mantienen ingresos menores a

ese monto, pero superiores a los ₡ 300 mil colones. Datos que podrían influir en el estado nutricional por su efecto sobre el consumo de alimentos y gasto energético. Un mayor ingreso puede provocar un aumento del gasto en alimentos ricos en calorías consumidos tanto dentro como fuera del hogar.

La literatura sugiere que en los países en desarrollo los grupos de más altos ingresos tienen mayores probabilidades de ser obesos (Amador, Rodríguez, 1996) (Rodríguez y González, 2009).

Una revisión de 144 estudios publicados sobre la relación entre obesidad y nivel socioeconómico realizada en 1989, revela una relación inversa y robusta entre ingreso y obesidad. Sin embargo, en ámbitos subdesarrollados, los trabajos encuentran una relación directa y fuerte entre las condiciones socioeconómicas y la obesidad tanto en ambos géneros como en adultos y niños (Sobal, 1989).

4.2 Sobre el Estado Nutricional de los entrevistados (as)

Para conocer cómo se encuentra el estado nutricional de los individuos, se calculó el índice de masa corporal (IMC) y se agrupó en tres grupos: Adecuado, Sobrepeso y Obesidad. De manera adicional, se midió la circunferencia abdominal (CA) de las personas y se obtuvo como resultado la clasificación de los individuos en tres grupos: un nivel adecuado, una circunferencia que implica un riesgo cardiovascular aumentado y una circunferencia que implica un riesgo cardiovascular muy aumentado.

Tabla N° 8
Estado nutricional de los trabajadores Dpto. Auditoría Interna CCSS. San José
Costa Rica, Octubre 2016. (n=65 personas)

Estado Nutricional	Frec.	%
Adecuado	15	23,1%
Sobrepeso	35	53,8%
Obesidad	15	23,1%

Fuente: Espinoza (2017).

En la Tabla N° 8 se muestra a los participantes de acuerdo a su estado nutricional. Se observa que la mayor parte de individuos presenta problemas de sobrepeso u obesidad, ya que entre ambas categorías se clasifica el 77% de la muestra de personas entrevistadas. Únicamente un 23% de la muestra (lo que equivale a 15 personas) presenta un estado nutricional adecuado.

Según resultados mostrados anteriormente en el estado nutricional de dicha muestra, se evidencia que las encuestas nacionales de nutrición, realizadas en Costa Rica, ha documentado el aumentado de la obesidad en los adultos desde 1982, principalmente en adultos masculinos de 20 a 64 años, así lo señala la *Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009*. Cada día el problema de la obesidad se acentúa en nuestra población adulta y en especial, en cierta actividad laboral. (UNESCO., 1999). Así que la distribución del estado nutricional de la muestra que tuvo como resultado el sobrepeso como dato relevante para esta investigación es similar a los datos reportados en el documento anteriormente citado.

Según evidencia del estudio realizado en Perú por Pisbarro (2009), el sobrepeso y la obesidad aumentan linealmente con la edad, presentando un notorio

incremento a partir de los 35 años y alcanza ya niveles muy altos en los mayores de 45 años. Los entrevistados jóvenes (18-35 años) presentaron una notoria obesidad. Se dice también que la obesidad y sus comorbilidades aumentan con la edad, como también lo hacen las grandes epidemias del siglo XXI. (Pisabarro, et al, 2009).

También diversos estudios, Hernández (2004); Hall, Quesada y Rocha (2002); Silva y Pujante (2008) se han enfocado en analizar las causas de la obesidad. Por lo que ha permitido conocer que múltiples factores como los aspectos socioculturales, estilos de vida, cuestiones emocionales, un ambiente obesogénico relacionado con el modelo económico actual, las prácticas de las empresas alimentarias e intereses políticos influyen en la obesidad (Lerma, 2016).

Tabla N° 9
Distribución de la muestra por estado nutricional
y estado de la circunferencia abdominal de los trabajadores Dpto. Auditoría
Interna CCSS. San José Costa Rica, octubre 2016.
(n=65 personas)

Estado Nutricional	Estado Circunferencia Abdominal		
	Adecuado	Riesgo Aumentado	Riesgo Muy Aumentado
Adecuado	16.9%	6.2%	0.0%
Sobrepeso	7.7%	32.3%	13.8%
Obesidad	0.0%	6.2%	16.9%

Fuente: Espinoza (2017).

La Tabla N° 9 muestra la distribución de la muestra de acuerdo con las categorías de estado nutricional y el estado de la circunferencia abdominal. Principalmente se observa que mientras mayor es el riesgo asociado a la CA, más

tiende a concentrarse la muestra en niveles de sobrepeso u obesidad. Por ejemplo, cuando el riesgo cardiovascular es muy aumentado, no existen personas con estado nutricional adecuado, sino que las personas son clasificadas en su mayoría en un estado nutricional de obesidad.

Según la literatura, las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de muerte en el mundo. En Costa Rica, en 2010 ocasionaron 3 938 muertes, lo que supone el 20% de las defunciones (MINSA, 2011).

Según estudios el exceso de grasa intraabdominal produce alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Una de las razones es que posiblemente la grasa intraabdominal posee una respuesta fisiológica distinta de la subcutánea, que la hace más sensible a los estímulos lipolíticos y a incrementos en los ácidos grasos libres en la circulación portal (Calle, Thun, Petrelli, Rodriguez y Heath, 1999).

4.3 Hábitos alimenticios y estilo de vida de los entrevistados (as)

Respecto a los hábitos alimenticios de las personas entrevistadas, se evaluaron varias características de interés como un cuestionario de hábitos y una evaluación de frecuencia de consumo de alimentos diario, semanal, mensual o no consumidos.

Tabla N° 10
Frecuencia de tiempos de comida de los trabajadores del Dpto. Auditoría
Interna CCSS. San José Costa Rica, Octubre 2016.

Frecuencia de tiempos	Desayuno		Merienda mañana		Almuerzo		Merienda Tarde		Cena	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Siempre	61	94%	30	46%	62	95%	32	49%	49	71%
Casi siempre	3	5%	6	9%	3	5%	7	11%	14	22%
A veces	1	1%	17	26%	0	0%	18	28%	4	6%
Casi nunca	0	0	5	8%	0	0%	6	9%	1	2%
Nunca	0	0	7	11%	0	0%	2	3%	0	0%

Fuente: Espinoza (2017).

Como se muestra en la tabla anterior, se evidencia que los participantes tienen un porcentaje mayor en realizar siempre sus tiempos de alimentación con un 94% en el desayuno, 46% en la merienda de la mañana, 95% en el almuerzo, 49% en la merienda de la tarde y un 71% en la noche, predominando el desayuno, almuerzo y cena esto quiere decir que la mayoría realizan los 5 tiempos de alimentación.

En relación con el estado nutricional de los participantes y la frecuencia de siempre realizar los tiempos, se concluye la importancia de esta para un buen estado de salud, aunque los resultados mayoritariamente se muestran rangos entre sobrepeso y obesidad, esto también se puede relacionar por la ingesta de alimentos altamente calóricos durante la noche, por la falta de tiempo muchas veces se tiende comprar comida rápida en lugar de preparar algo.

Investigaciones reportadas en diferentes referencias y en especial en uno de los estudios más conocidos el Kid realizado en Barcelona sobre desayuno y obesidad, se encontró que la prevalencia de esta, es mayor entre los que desayunan poco o los que no lo hacen, que entre los que desayunan más abundantemente. Además, se encontró que el índice de masa corporal (IMC) disminuye en ambos sexos al aumentar el porcentaje de calorías en el desayuno. Estos resultados refuerzan otras teorías anteriores y de otras investigaciones que apoyan que un desayuno completo contribuye a la prevención de la obesidad, mejorando el total de energía a lo largo del día (Herrera, A. 2015).

Según la relación del consumo habitual del almuerzo y los niveles de sobrepeso y obesidad mostrados anteriormente en el estudio, se debe tomar en cuenta el tipo de alimentación al que recurren los participantes en su hora de almuerzo si son alimentos preparados dentro del hogar o son comprados y los lugares de acceso para comprar, según datos del artículo Álvarez, Doris., et al (2009-2010), se dice que las zonas urbanas, la mayoría de las personas acceden a los medios televisivos que transmiten mensajes que fomentan el consumo de alimentos ricos en alto contenido energético y frecuentemente, consumen alimentos preparados fuera del hogar. Esto podría ser un factor determinante también como en los casos anteriores de la calidad y cantidad de los alimentos proporcionados en los almuerzos.

Tabla N° 11
Hábitos alimenticios de interés de los trabajadores del Dpto. Auditoría Interna
CCSS. San José Costa Rica, octubre 2016. (n=65 personas)

Pregunta:	Frec.	%
Respetar tiempos de comida		
Nunca	0	0,0%
Casi Nunca	4	6,2%
A veces	6	9,2%
Casi Siempre	35	53,8%
Siempre	20	30,8%
Come fuera de la casa		
Casi Nunca	18	27,7%
1-2 veces/sem	23	35,4%
3-4 veces/sem	4	6,2%
5-6 veces/sem	7	10,8%
Todos los días	13	20,0%
Frecuencia comida rápida		
Casi Nunca	45	69,2%
1-2 veces/sem	12	18,5%
3-4 veces/sem	7	10,8%
5-6 veces/sem	1	1,5%
Todos los días	0	0,0%

Fuente: Espinoza (2017).

Por su parte en la Tabla N° 11 se muestran los resultados obtenidos para los hábitos principales alimenticios de interés. Por ejemplo, cuando se preguntó a las personas si respetaban los tiempos de comida recomendados, aproximadamente un 85% de los entrevistados(as) respondieron que los hacían casi siempre o siempre (53.8% y 30.8% respectivamente).

Se dice que una de las principales razones por las que es importante fraccionar la dieta es porque si se realizan solamente tres comidas o menos, se deja pasar mucho tiempo entre comida y comida. El organismo necesitaría más alimento

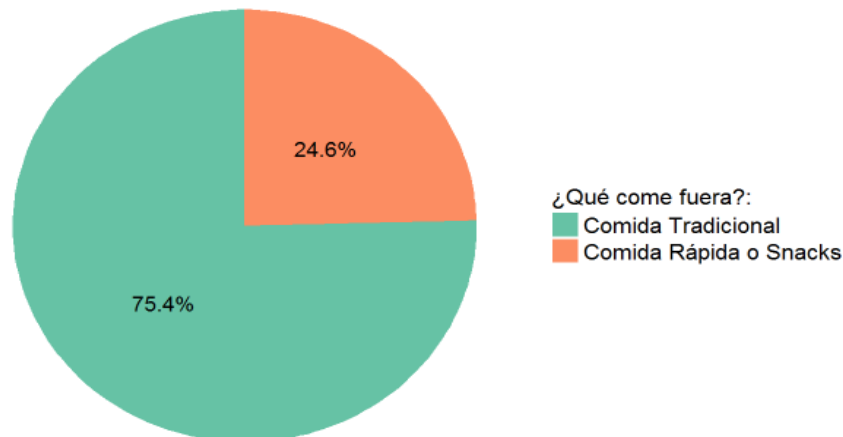
y por lo tanto el apetito aumenta hasta la hora de la comida siguiente, junto a la ansiedad que se hace mayor en periodos de estrés, lo que lleva a comer compulsivamente en la comida siguiente; a mayor tiempo entre comida y comida hay, entre otras cosas, unos niveles sanguíneos más bajos de glucosa y por lo tanto más sensación de apetito. (Carlas, M. 2009).

Adicionalmente, cuando se preguntó sobre la frecuencia en que las personas comían alimentos preparados fuera de la casa se observó que la mayoría consumen entre 1 a 2 veces por semana. Sin embargo, existe un porcentaje importante de personas que afirmaron consumir alimentos preparados fuera de la casa todos los días.

Respecto a la frecuencia en que las personas afirman consumir comida rápida, se observó que un importante porcentaje (69.2%) respondió que casi nunca consumía ese tipo de alimentos, pero el restante porcentaje de personas (18.5%) lo hace en un rango entre 1 a 2 veces por semana.

Estudios demuestran la relación entre los hábitos alimentarios que se asocian con el aumento de peso y uno de ellos se encuentra en comer fuera del hogar en forma frecuente. Asimismo, se ha reportado que las comidas en restaurantes, y particularmente en locales de comida rápida ("fast-food outlets"), tienen un impacto negativo en la salud de los consumidores" (Vandevijvere, et al, 2009) (Bezerra y Sichieri, 2010).

Figura N° 1
¿Qué comida consumen fuera de la casa los trabajadores del Dpto. Auditoría
Interna CCSS. San José Costa Rica, Octubre 2016?
(n=65 personas)



Fuente: Espinoza (2017).

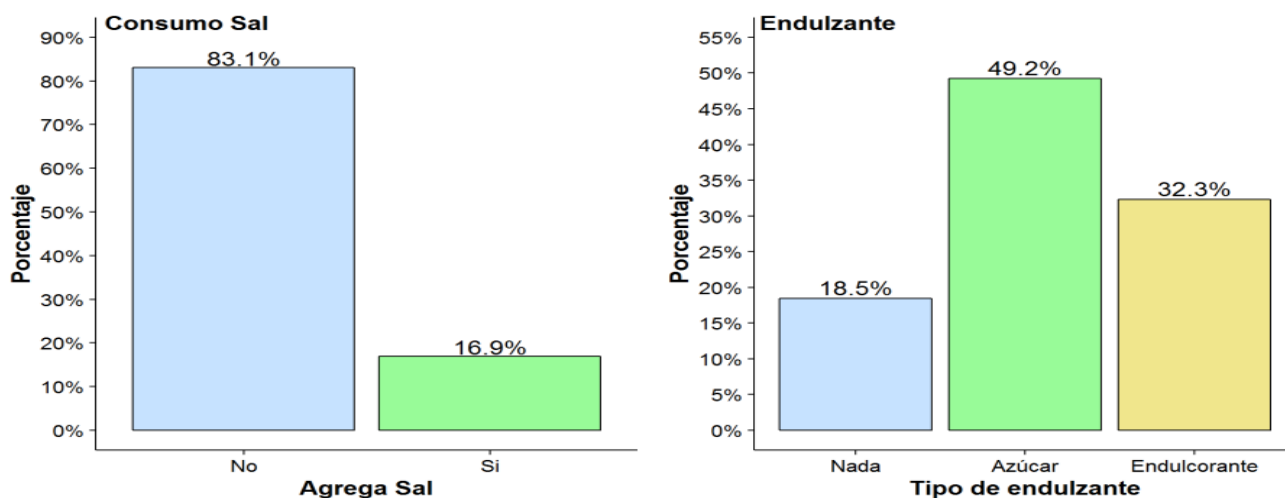
En la Figura N°1 se observa que cuando las personas comen alimentos preparados fuera de la casa, en gran mayoría tienden a consumir platos preparados de la forma tradicional (75.4%), es decir, evitan consumir comida rápida o *snacks*.

Aunque el consumo muestra que es comida tradicional se exponen a preparaciones de sodas aledañas a la institución, que pueden ser altas en grasa, azúcares y en proporciones inadecuadas, se sabe que la comida más común realizada por el costarricense es el "Casado", si bien es cierto este platillo es tradicional tiende a componerse de abundantes porciones de harinas como lo es el arroz, frijoles, picadillos, plátanos maduros, tortillas, papas fritas, etc además de acompañamientos con preparaciones fritas, por tal motivo algunos pueden ser altamente calóricos si no se tiene control de ello.

Si bien los resultados de una investigación sobre hábitos en trabajadores de una aseguradora en Ecuador, se obtuvo que el 50% total de la población presenta algún tipo de malnutrición y prevaleció el sobrepeso y con menor porcentaje el bajo peso. En promedio 131 trabajadores analizados en los hábitos alimentarios arroja que consumen mayor proporción de grasas, azúcares, pan, arroz y papas, los cuales son preparados en restaurantes aledaños al lugar de trabajo (Jacome, 2012).

Figura N° 2

Consumo de sal y endulzantes en los trabajadores del Dpto. Auditoría Interna CCSS. San José Costa Rica, Octubre 2016. (n=65 personas)



Fuente: Espinoza (2017).

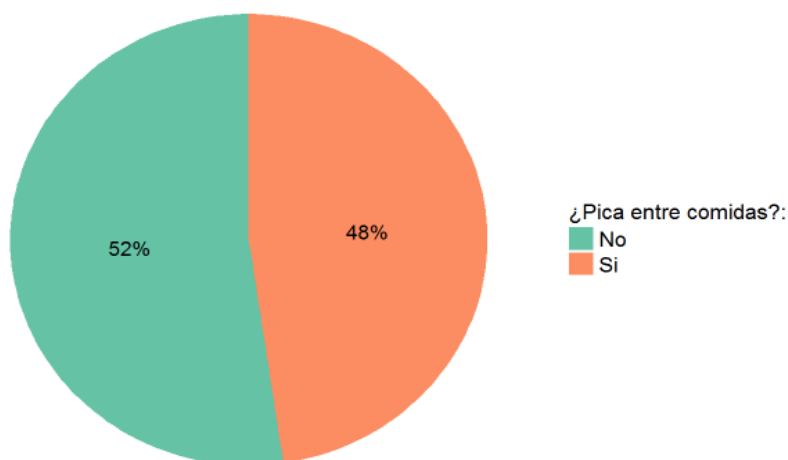
Por su parte, en la Figura N° 2 se muestran los resultados asociados al consumo de sal y el consumo de endulzantes. Es fácil observar que en general las personas entrevistadas no adicionan sal a sus alimentos (83.1%) y que aproximadamente un 50% de las personas utiliza azúcar regular y un 32.3% adiciona algún edulcorante a sus alimentos para endulzarlos.

Aunque la pregunta no responde a si el azúcar se consume en exceso, porque no se estudia cuantitativamente, se considera un nutriente esencial en la dieta de los participantes. Diferentes estudios transversales han concluido que no existe asociación o que incluso existe una asociación negativa entre el consumo de azúcares y la ganancia de peso. Sin embargo, sí existe un amplio debate sobre si un mayor consumo de azúcares a través de bebidas azucaradas pudiera tener un efecto más significativo sobre el IMC (Catalán, Milla, Ramírez & Candela, 2013).

Con respecto a la ingesta de sal en comidas preparadas, no hubo alguna relación significativa con un alto consumo, sin embargo, en resultados anteriores figura N°2, se mostró una población con relevancia en hipertensión arterial. Según el resultado del artículo, Navas (2016) menciona con respecto a la relación entre IMC, perímetro abdominal e ingesta de sodio total encontrada, el riesgo de desarrollar HTA es de 2 a 6 veces más alto en individuos con sobrepeso que en personas de peso normal (He, Whelton, et al, 2000). Se dice en la teoría, que el consumo inadecuado de sodio en la dieta altera los niveles de presión arterial en los pacientes hipertensos (De la sierra, et al, 2011) (Del Ponte, 2014).

Figura N° 3

Consumo de alimentos “picoteo” entre comidas en los trabajadores del Dpto. Auditoría Interna CCSS. San José Costa Rica, Octubre 2016. (n=65 personas).

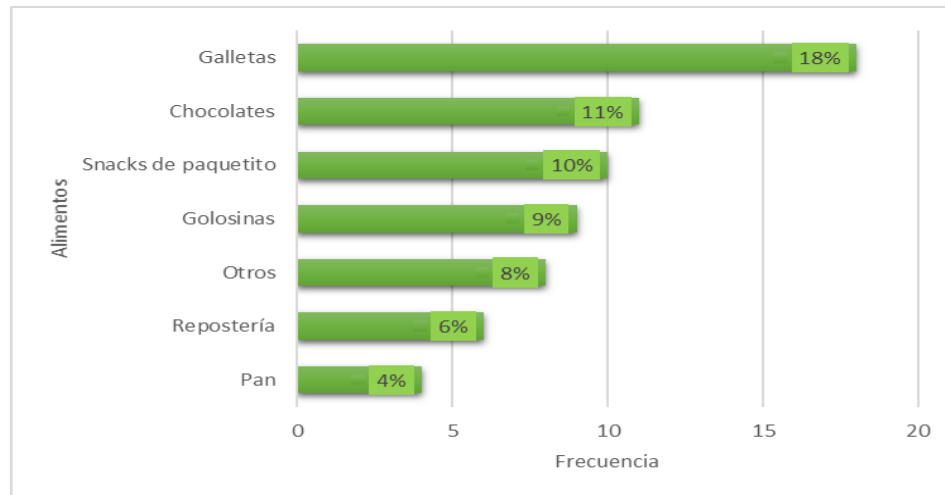


Fuente: Espinoza (2017).

Además, se consultó a las personas entrevistadas si realizaban comidas o “picaban” entre los distintos tiempos de comida. En la Figura N° 3 se observa que un importante porcentaje de individuos (48%) afirman consumir alimentos entre los lapsos que separan cada uno de los tiempos de comida recomendados.

En estudios recientes se menciona que las meriendas de alto contenido energético de hasta 1/3 de la ingesta diaria se ha asociado con sobrepeso y obesidad, lo que afecta en sociedades desarrolladas un elevado porcentaje en adultos (Van Kleef, et al, 2012) (Veldhorst, et al. 2010). Muchos de los alimentos que se consumen entre las comidas (*snacks*) como galletas, dulces de pastelería, *croissants*, hojaldres, tortas, helados, *donuts*, papas o patatas fritas (*chips*) y chocolate tienen un alto contenido de grasas y azúcar, los que aportan una cantidad de calorías, que en la mayoría de los casos no se necesita

Figura N° 4
Alimentos que consumen durante la pica los trabajadores del Dpto. Auditoría Interna CCSS. San José Costa Rica, Octubre 2016. (n=65 personas)



Fuente: Espinoza (2017).

Del porcentaje de participantes que tienden a picar se les preguntó por los alimentos más consumidos, los resultados mostraron que la mayoría un 18% consume galletas, seguidamente chocolates 11% y *snacks* de paquetitos 10%, también golosinas 9%, repostería 6%, pan 4% y otros 8% indicaron barritas, Coca Cola, etc. Se refleja que lo que consumen son alimentos altos en azúcares, grasas y harinas refinadas.

En estudios recientes se evidencia que las meriendas o alimentos entre comidas de alto contenido energético de hasta 1/3 de la ingesta diaria se ha asociado con sobrepeso y obesidad, lo que afecta en sociedades desarrolladas un elevado porcentaje en adultos (Van Kleef, et al, 2012) (Veldhorst, et al, 2010). Muchos de los alimentos que se consumen entre las comidas (*snacks*) como galletas, dulces de pastelería, *croissants*, hojaldres, tortas, helados, *donuts*, papas o

patatas fritas (*chips*) y chocolate tienen un alto contenido de grasas y azúcar, los que aportan una cantidad de calorías, que en la mayoría de los casos no se necesita.

Tabla N° 12
Frecuencia de consumo en frutas por los trabajadores del Dpto. Auditoría
Interna CCSS. San José Costa Rica, Octubre 2016.
(n=65 personas)

Alimento: frutas	Diario		Semanal		Mensual		Nunca	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Manzana	13	20%	35	54%	11	17%	6	9%
Banano	6	9%	35	54%	15	23%	9	14%
Papaya	6	9%	31	48%	13	20%	15	23%
Piña	5	8%	36	55%	15	23%	9	14%
Jugo de Naranja	4	6%	26	40%	13	20%	22	34%
Uvas	3	5%	18	28%	22	34%	22	34%
Sandía	3	5%	32	49%	15	23%	15	23%
Naranja	3	5%	22	34%	16	25%	24	37%
Fresas	3	5%	28	43%	14	22%	20	31%
Melón	2	3%	20	31%	16	25%	27	42%
Jugo de Frutas	1	2%	24	37%	16	25%	24	37%
Ciruelas	1	2%	3	5%	17	26%	44	68%

Fuente: Espinoza (2017).

Como lo muestra la Tabla N°12, el promedio mayor de consumo fue un 40% de la población que asegura consumir frutas semanalmente. Se obtuvo una relación positiva con un 20% de la población que asegura consumir manzanas diariamente, entre otras frutas de consumo diario como lo son el banano, la papaya, la piña, sandía y la naranja.

A pesar que el 20% de la población consume fruta al día y tan solo el 40% lo consume semanalmente, son datos bajos de consumo ya que no se reportan la

cantidad de porciones diarias, por lo general la población que lo realiza aseguraron durante la entrevista que lo hacen una vez al día en la mañana, situación que preocupa en salud pública, pues las frutas contienen elementos antioxidantes, a las cuales se les atribuye efectos protectores contra enfermedades degenerativas y algunos tipos de cáncer (Jones, 1997) (Weisburgues, 1991), siempre y cuando se consume en cantidades mayores (más de tres porciones diarias), según las metas establecidas en las guías alimentarias para Costa Rica (Rodríguez, et al, 1992) (Guzmán, Sonia & Roselló, Marlene, 2002).

Tabla N° 13
Frecuencia de consumo de vegetales por los trabajadores del Dpto. Auditoría Interna CCS S. San José Costa Rica, Octubre 2016. (n=65 personas)

Alimento: vegetales	Diario		Semanal		Mensual		Nunca	
	N	%	n	%	N	%	n	%
Brocoli	28	43%	6	9%	11	17%	20	31%
Tomate	19	29%	43	66%	3	5%	0	0%
Lechuga	13	20%	43	66%	5	8%	4	6%
Zanahoria	7	11%	44	68%	8	12%	6	9%
Repollo	4	6%	27	42%	16	25%	18	28%
Coliflor	3	5%	15	23%	17	26%	30	46%
Zuchinni	4	6%	19	29%	16	25%	26	40%
Ayote tierno	3	5%	17	26%	13	20%	22	34%
Chayote	2	3%	25	38%	25	38%	13	20%
Berenjena	2	3%	7	11%	11	17%	45	69%
Remolacha	2	3%	11	17%	19	29%	33	51%

Fuente: Espinoza (2017)

Según los resultados reflejados por el consumo de vegetales en los participantes se mostró un porcentaje marcado con un 36% del promedio total de la población que consume vegetales semanalmente.

De los mayores porcentajes de consumo diario se encuentran el brócoli 43%, el tomate 29% y la lechuga 20%, seguidos de la zanahoria y el repollo. Los de menor consumo son la berenjena, la remolacha, el palmito y la coliflor. A igual que el anterior los datos mostrados son de bajo consumo en vegetales y no cuantifican la cantidad de porciones al día.

El grupo de los vegetales al igual que las frutas contiene una gran cantidad de las vitaminas y de los minerales que el cuerpo necesita para regular sus funciones. Además, contiene gran cantidad de fibra. Se deben consumir alimentos de este grupo por lo menos tres veces al día, vegetales en el almuerzo y vegetales en la tarde o en la cena (Guías Alimentarias para la Educación Nutricional en Costa Rica. 1997).

Según las encuestas realizadas en los últimos años en el país muestran una elevada ingesta de grasa y azúcares simples y un reducido consumo de frutas y vegetales (MINSA, 1990 y 2002).

Tabla N° 14
Frecuencia de consumo de lácteos por los trabajadores del Dpto. Auditoría
Interna CCSS. San José Costa Rica, octubre 2016. (n=65 personas)

Alimento: lácteos	Diario		Semanal		Mensual		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Leche Semidescremada	13	20%	9	14%	5	8%	38	58%
Queso Tierno (Turrialba)	12	18%	37	57%	9	14%	7	11%
Yogurt	9	14%	32	49%	14	22%	10	15%
Leche Descremada	7	11%	11	17%	8	12%	39	60%
Margarina	4	6%	15	23%	15	23%	31	48%
Mantequilla	4	6%	14	22%	11	17%	36	55%
Leche Entera	1	2%	6	9%	3	5%	55	85%
Queso Crema	1	2%	19	29%	13	20%	32	49%
Natilla	1	2%	19	29%	22	34%	23	35%
Helado	1	2%	22	34%	27	42%	15	23%
Otros Quesos (Mozarella, Parmesano)	0	0%	16	25%	22	34%	27	42%
Leche Agria	0	0%	0	0%	0	0%	65	100%

Fuente: Espinoza (2017).

Según se muestra el resultado más marcado del promedio total es del 44% de la población que tiene un consumo bajo en lácteos, por no consumirlos del todo o consumirlos muy poco. Los lácteos destacables como los de mayor consumo diario son la leche semidescremada 20%, el queso tierno 18% y el yogurt 14%, específicamente los de menor contenido en grasa.

Un dato muy importante que cabe destacar es que a pesar de ser una población en rangos de sobrepeso y obesidad prefieren lácteos bajos en grasa. Aun así, el consumo general de este producto es muy bajo para la mayoría, ya que deberían de consumirse al menos de uno a dos lácteos diarios por su aporte de calcio (Guías Alimentarias para la Educación Nutricional en Costa Rica 2011).

Tabla N° 15

Frecuencia de consumo de carne, huevos y sustitutos por los trabajadores del Dpto. Auditoría Interna CCSS. San José Costa Rica, Octubre 2016. (n=65 personas)

Alimento: proteínas	Diario		Semanal		Mensual		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pollo	16	25%	44	68%	4	6%	1	2%
Huevos	5	8%	54	83%	3	5%	3	5%
Carne res	3	5%	49	75%	7	11%	6	9%
Atún	3	5%	43	66%	9	14%	10	15%
Carne cerdo	2	3%	22	34%	23	35%	18	28%
Jamón de Pavo	1	2%	36	55%	9	14%	19	29%
Pescado	1	2%	41	63%	16	25%	7	11%
Mariscos	1	2%	23	35%	16	25%	25	38%
Salchichas	0	0%	16	25%	16	25%	33	51%
Hígado	0	0%	3	5%	11	17%	51	78%
Jamón de cerdo	0	0%	9	14%	6	9%	50	77%
Jamón de Pollo	0	0%	17	26%	8	12%	40	62%

Fuente: Espinoza (2017).

Se demuestra que un promedio mayor del 46% de la población consume huevos, carnes semanalmente. Los de mayor consumo diario son el pollo, los huevos, la carne de res y el atún y los de menor consumo o que nunca se consumen son el hígado y el jamón de cerdo.

Según las Guías Alimentarias de Costa Rica (2011), se recomienda consumir carnes blancas 3 veces o más por semana y que la carne de res y cerdo no sea consumida de más de 3 veces por semana, esto por el contenido graso que poseen.

Tabla N° 16
Frecuencia de consumo de cereales por los trabajadores del Dpto. Auditoría
Interna CCSS. San José Costa Rica, Octubre 2016. (n=65 personas)

Alimento	Diario		Semanal		Mensual		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Arroz	28	43%	32	49%	0	0%	5	8%
Frijoles	23	35%	31	48%	3	5%	8	12%
Cereal	3	5%	12	18%	10	15%	40	62%
Tortillas	6	9%	32	49%	17	26%	10	15%
Avena	4	6%	10	15%	15	23%	36	55%
Pan Baguett	4	6%	31	48%	12	18%	18	28%
Pan Cuadrado	4	6%	29	45%	7	11%	25	38%
Pan Integral	3	5%	24	37%	8	12%	30	46%
Garbanzos	3	5%	23	35%	21	32%	18	28%
Galletas Saladas	2	3%	27	42%	11	17%	25	38%
Galletas Dulces	2	3%	30	46%	14	22%	19	29%
Papa	2	3%	44	68%	9	14%	10	15%
Pastas	2	3%	46	71%	10	15%	10	15%
Camote	1	2%	13	20%	13	20%	38	58%
Lentejas	1	2%	15	23%	29	45%	20	31%
Yucas	1	2%	17	26%	26	40%	21	32%
Papas fritas	0	0%	14	22%	26	40%	25	38%
Pizza	0	0%	11	17%	35	54%	19	29%

Fuente: Espinoza (2017).

Un promedio del 38% de la población consume cereales semanalmente. Como lo son las pastas y el tubérculo de la papa, los de menor consumo son los cereales de desayuno y la avena.

De acuerdo con la información, se puede observar que el arroz y los frijoles son los carbohidratos complejos más comunes en la dieta de los sujetos en general. La alta frecuencia de consumo de arroz y frijoles sigue el patrón de alimentación cultural de Costa Rica, donde ambos productos conforman hasta 30% del consumo energético total por alimentos, según encuestas nacionales de nutrición (Defensoría de los Habitantes y Consejo Nacional de Rectores, 2006; Mattei, Hu, & Campos,

2011; Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 1999).

Asimismo, el consumo de arroz 43% y frijoles 31% reportados respectivamente en la tabla con una frecuencia de consumo superior al 43% diario según el promedio total de todos los participantes. Una vez más, este patrón sigue las tendencias nacionales (Mattei et al., 2011; Ministerio de Salud de Costa Rica, 2001; Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 1999). (Araya, Campos & Jimenez, 2016).

Se dice que la base de la alimentación diaria debe estar constituida por cereales, leguminosas y verduras harinosas. Este grupo proporciona energía para hacer funcionar el cuerpo (Guías alimentarias de Costa Rica. 2011).

Tabla N° 17

Frecuencia de consumo de bebidas por los trabajadores del Dpto. Auditoría Interna CCSS. San José Costa Rica, Octubre 2016. (n=65 personas)

Alimento: bebidas	Diario		Semanal		Mensual		Nunca	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Café	34	52%	14	22%	0	0%	17	26%
Bebidas gaseosas	23	35%	8	12%	14	22%	20	31%
Té	17	26%	11	17%	6	9%	31	48%
Bebidas gaseosas light o cero	3	5%	17	26%	11	17%	34	52%

Fuente: Espinoza (2017).

El consumo de bebidas diario promedio de los participantes es alto para el café con un 52% y también el consumo de gaseosas con un 35% diario. El té y las bebidas gaseosas *light* se consumen en menor porcentaje.

En el caso del café como bebida de mayor consumo, se dice que en las relaciones laborales y sociales resulta habitual su ingesta. La cafeína es una droga que altera el metabolismo, acelera el ritmo cardíaco y activa determinados centros cerebrales, para no percibir el cansancio o dar la sensación de renovada energía. Resulta peligrosa para quienes sufren de estrés, ya que impide la relajación y altera el sueño. La cafeína se encuentra en el café, el mate, el té, las bebidas a base de cola y un buen número de analgésicos (Villarreal, 2003).

Un dato destacable es el consumo de bebidas gaseosas diariamente, se sabe que estas bebidas contienen altas cantidades de azúcares y promueven un mal hábito para la prevalencia de sobrepeso y obesidad y patologías asociadas como la diabetes.

Además, el consumo de bebidas azucaradas aporta de 220 a 400 calorías extra en el día, lo que incrementa en 60% el riesgo para que se presente obesidad (Clark y Brancati, 2000) (Astrup, et al., 2008). El consumo ocasional de refrescos por parte de los adultos aumenta en un 15% la probabilidad de padecer sobrepeso y obesidad; si el consumo corresponde a más porciones diarias, la cifra aumenta a 27%. De otra parte, el sobrepeso y la obesidad se asocian con un mayor riesgo cardiovascular,

colesterol alto, presión arterial alta y diabetes en niños y adolescentes (Shang, et al., 2012) (Cabezas, Constanza, et al, 2016).

Tabla N° 18

Frecuencia consumo de grasas y dulces por los trabajadores del Dpto. Auditoría Interna CCSS. San José Costa Rica, Octubre 2016. (n=65 personas)

Alimento: dulces, grasas y otros	Diario		Semanal		Mensual		Nunca	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Aceite	39	60%	17	26%	3	5%	6	9%
Sal	34	52%	14	22%	4	6%	13	20%
Azúcar	19	29%	14	22%	6	9%	26	40%
Chocolates	5	8%	19	29%	15	23%	26	40%
Miel	2	3%	14	22%	9	14%	40	62%
Mayonesa	2	3%	13	20%	16	25%	34	52%
Mermelada	1	2%	11	17%	12	18%	41	63%
Palomitas de Maíz	1	2%	14	22%	13	20%	37	57%
Mantequilla de Maní	1	2%	4	6%	3	5%	57	88%
Brownies	0	0%	2	3%	6	9%	57	88%
Donas	0	0%	2	3%	5	8%	58	89%

Fuente: Espinoza (2017).

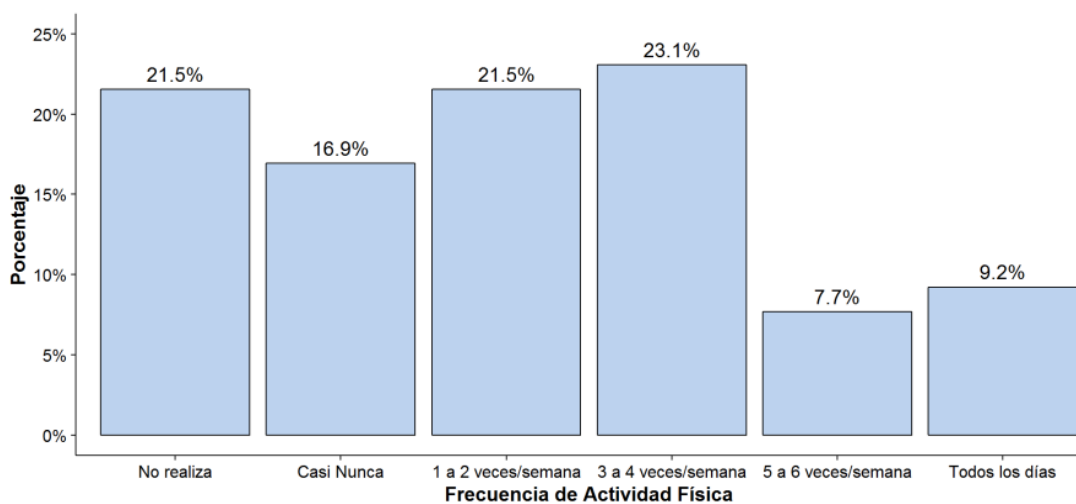
Un promedio mayor de la población consume grasas y azúcares en menor cantidad. El consumo mayor diario es el azúcar que lo utilizan para endulzar las bebidas, así como la sal y el aceite que son de consumo diario para las preparaciones.

Según datos de esta tabla se da un resultado no significativo entre el bajo consumo de dulces entre los participantes y su estado nutricional. Ya que en diferentes estudios se asocia la relación entre el consumo excesivo de grasas y dulces con la aparición de problemas nutricionales como lo son las grasas y los azúcares.

Al respecto, Caterson, Seidell y James (2004) atribuyen cambios en los patrones de alimentación debido a la urbanización, mecanización y globalización que se hacen más persistentes cada día. La falta de tiempo para cocinar y consumir los alimentos, así como la influencia de los países más desarrollados, ha llevado al consumo de alimentos cada vez más industrializados, sintéticos y refinados, altos en grasas y azúcares; alimentos que elevan la ingesta calórica y disminuyen la calidad nutricional (Araya, 2012).

Figura N° 5

Frecuencia entre la actividad física que realizan los trabajadores del Dpto. Auditoría Interna CCSS. San José Costa Rica, octubre 2016. (n=65 personas)



Fuente: Espinoza (2017).

Finalmente, en la Figura N° 5 se observa la frecuencia en que las personas afirmaron realizar actividad física. Los resultados son variados, pero es claro que existe una importante proporción de estas que no realizan o casi nunca realizan

ejercicio. Es especial, las personas que realizan ejercicio lo hacen entre 1 y 4 veces por semana.

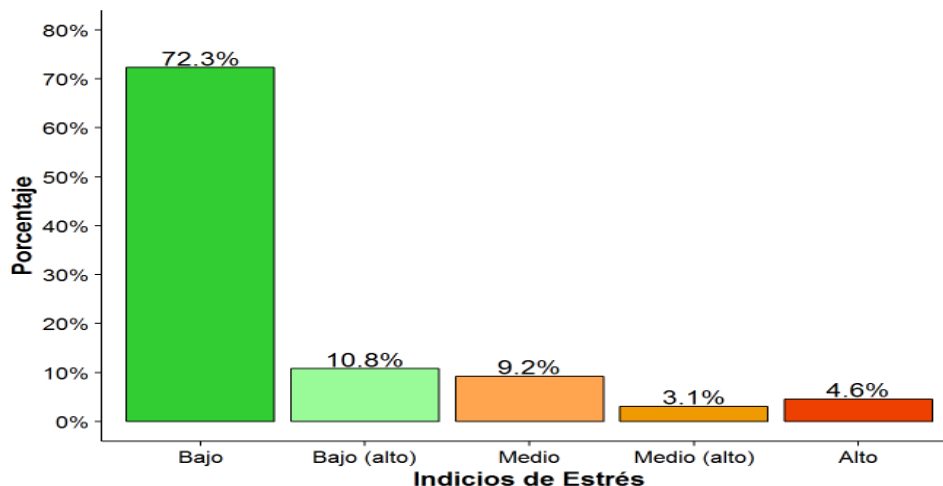
En Costa Rica, Alemán y Salazar (2006) llevaron a cabo una investigación para determinar la cantidad de actividad física que llevaban a cabo un grupo de funcionarios públicos y observaron que el 60% de mujeres y el 67% de hombres eran sedentarios, que a la semana le dedicaban más tiempo a actividades de intensidad liviana, que moderada o vigorosa y que a mayor intensidad menos horas dedicadas. Además, luego de mediciones antropométricas observaron que el 23% tenía sobrepeso y el 14% obesidad.

El tercer estudio, llevado a cabo por Ureña (2008) en un grupo de académicos y administrativos, concluyó que el 68,1% de la población estudiada realiza algún tipo de actividad física, con una distribución de la frecuencia de 11,6% una vez/semana, 24,6% 2-3 veces/semana y 31,9% más de 3 veces/semana.

4.4 Sobre los niveles de estrés de los entrevistados (as)

Se presenta el análisis acerca de existencia o no de algún indicio de niveles de estrés en las personas entrevistadas que puedan afectar negativamente sobre su estado de salud. Para esto se utilizó el cuestionario, propuesto por Maslach. En este cuestionario se evalúan tres factores: niveles altos de cansancio emocional, niveles altos de despersonalización y niveles bajos de realización personal.

Figura N° 6
Distribución de la muestra según indicios de estrés en los trabajadores del
Dpto. Auditoría Interna CCSS. San José Costa Rica, Octubre 2016. (n=65
personas



Fuente: Espinoza (2017).

En la Figura N° 6 se observa la distribución de la muestra de personas entrevistadas de acuerdo a cada categoría de indicio de estrés. En fácil ver que el estrés (medido utilizando la metodología propuesta por Maslach) no afecta a un gran número de personas dentro del Departamento de Auditoría Interna de la CCSS. Solamente un 7.7% de la muestra podría presentar un nivel de estrés considerable (3.1% medio (alto) y 4.6% alto).

Datos que revelan una relación mayoritaria no significativa de la población estudiada con respecto a la presencia de estrés laboral, sin embargo, el otro pequeño porcentaje evidencia estrés laboral, datos que deberían de importancia ya que existe una relación muy marcada, cuanto mayor acumulación de estrés laboral se pueden alterar los patrones de conducta de quienes lo sufren.

De manera muy especial, los hábitos alimentarios y las conductas asociadas a ellos pueden verse seriamente afectados por el estrés laboral como ingestas inadecuadas o extemporáneas, o pueden, generar alteraciones o desórdenes dietéticos (Paz, 2015).

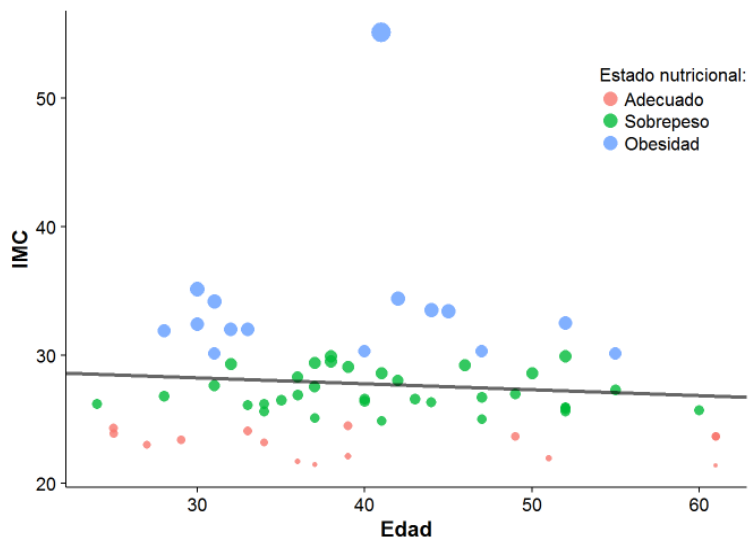
En Costa Rica se han realizado algunos estudios sobre la incidencia del síndrome de sobrecarga emocional entre médicos: en el 2004 se determinó la incidencia del SB en la población médica de la COOPESALUD R.L. (Clínica de Pavas), que está integrada por médicos generales y especialistas, con una incidencia de 20% en la población, y es el sexo masculino y los trabajadores más jóvenes (entre 25-34 años) los más afectados, ambos grupos en un 55.6%.

4.5 Análisis bivariados de interrelación

A continuación, se presentan otras figuras y tablas de análisis bivariado que correlacionan datos anteriormente mostrados.

Figura N° 7

Relación entre el IMC y la edad de los trabajadores Dpto. Auditoría Interna CCSS. San José Costa Rica, octubre 2016. (n=65 personas)



Fuente: Espinoza (2017)

Por su parte, en la Figura N° 7 se presenta la relación existente entre el IMC de las personas y la edad, se identifica el estado nutricional por colores y por el tamaño de las figuras (mientras más grande la figura, indica mayor IMC). La línea color gris oscuro representa el comportamiento general del IMC conforme va aumentando la edad de las personas. Es fácil observar que existe un leve decrecimiento en el IMC cuando la edad tiende a aumentar (esto está representado por la inclinación decreciente o negativa de la línea gris oscuro). Además, gracias a la identificación por colores de los puntos, se destacan cuáles son los individuos con sobrepeso u obesidad, y en especial el caso extremo de una persona con un IMC superior a 50.

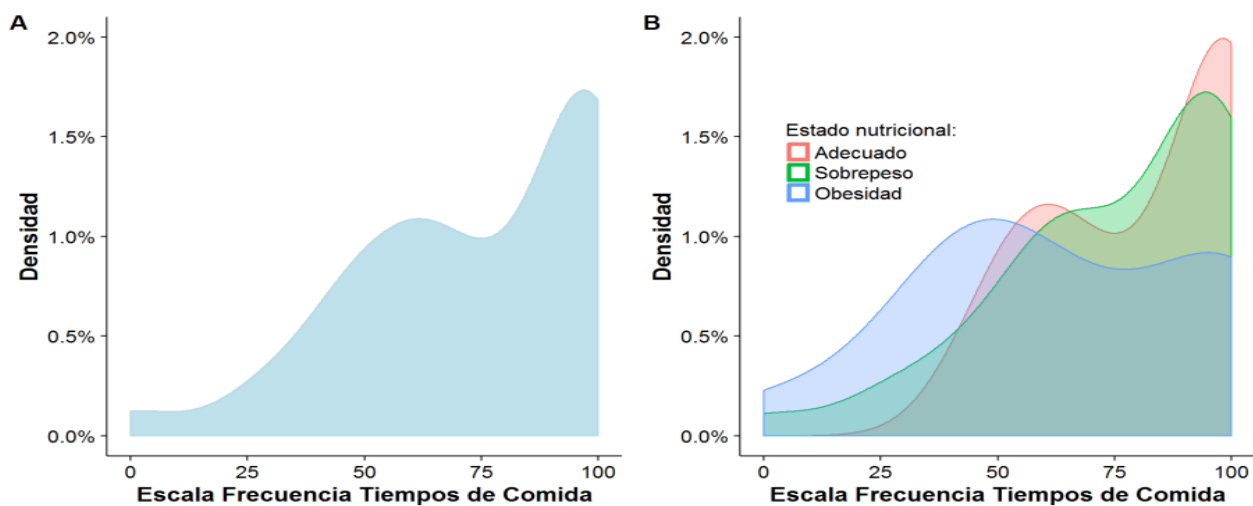
Las edades de los participantes evidencian que la gran mayoría de los trabajadores se encuentra en la etapa de la vida, en donde inicia la aparición de enfermedades crónicas y de diversos problemas de salud que pueden comprometer el desempeño laboral y la calidad de vida (Villarreal, 2003).

Como se mencionó anteriormente, las encuestas nacionales de nutrición realizadas en Costa Rica, documentó el aumentado de la obesidad en los adultos, principalmente en adultos masculinos de 20 a 64 años.

Desde una consideración laboral de la vigilancia de la salud hay un tema desencadenado, directa o indirectamente, por el estrés que, como otros de carácter grave, debe ser recogido entre las prioridades de la medicina del trabajo: se trata de la presencia de hábitos de sobre nutrición generadores de situaciones de sobrepeso

y obesidad que constituirían factores de riesgo de patologías múltiples y actuarían como agravantes de cualquier enfermedad (Díaz, 2007).

Figura N° 8
Escala de frecuencia de tiempos de comida de los trabajadores del Dpto. Auditoría Interna CCSS. San José Costa Rica, Octubre 2016. (n=65 personas)



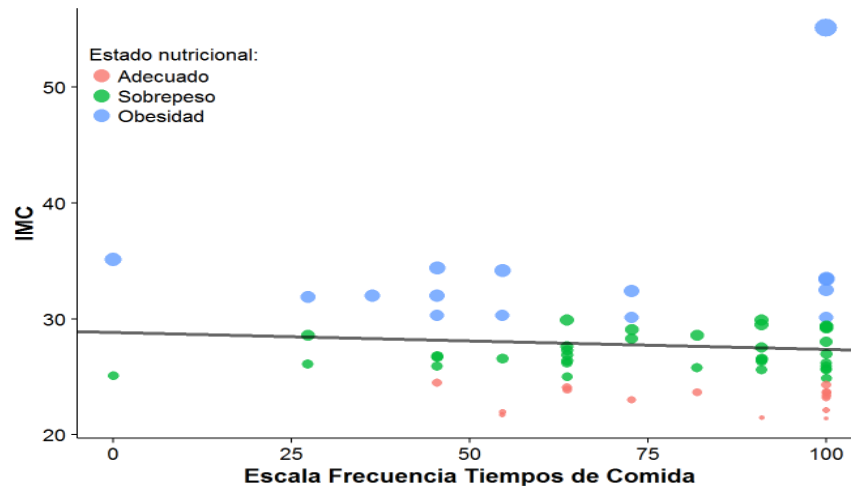
Fuente: Espinoza (2017).

Una forma de estudiar mejor el comportamiento de la escala de frecuencia de tiempos de comida, es mediante el gráfico de la distribución de la escala. En la Figura N° 8, se muestra la densidad de la escala para toda la muestra (parte A) y las distintas densidades de la escala para cada estado nutricional observado (parte B).

La densidad de la escala para toda la muestra, presenta una gran acumulación de densidad o área bajo la curva especialmente en los valores superiores a 50, esto quiere decir que, en general, la mayoría de las personas tienden a realizar con relativa frecuencia los tiempos de comida recomendados. Al evaluar la distinción por estado nutricional (parte B), se observa especialmente que las personas que

presentaron un estado nutricional de obesidad tiene una distribución de la escala más concentrada en valores bajos de la escala de frecuencia de tiempos de comida.

Figura N° 9
Relación del IMC según la escala
de frecuencia de tiempos de comida en los trabajadores del Dpto. Auditoría
Interna CCSS. San José Costa Rica, octubre 2016. (n=65 personas)



Fuente: Espinoza (2017).

Adicionalmente, la Figura N° 9 muestra la relación que existe entre el IMC y la escala de frecuencia de tiempos de comida. Se observa que el comportamiento general del IMC tiende a disminuir levemente conforme aumenta la escala de frecuencia de tiempos de comida (representada por la línea gris oscuro del ajuste de regresión). Se utiliza una prueba t, para probar la hipótesis nula de que no existe relación ente el IMC y la escala de frecuencia de tiempos de comida (lo cual es equivalente a decir que la pendiente de la línea de regresión es igual a cero). Los resultados indican que no hay una relación estadísticamente significativa entre el IMC y los tiempos de comida ($t=-0.62$, valor $p=0.53$).

Según resultados mostradas por las figuras anteriores N°8 y N°9, se comprueba la prevalencia de un IMC mayor cuando hay una menor frecuencia de tiempos de alimentación al día.

Por lo cual se evidencia con estos resultados y con la teoría que la obesidad es atribuible a un factor importante como lo es saltarse comidas, las células grasas entran en alerta de sobrevivencia cuando pasa la hora de una de las comidas principales. Inmediatamente se activan las enzimas lipogénicas, por lo tanto, en la próxima comida que se realice, todas las calorías que se ingieran van a ser almacenadas en forma de grasa (Waterhouse, 2010).

Tabla N° 19
Correlación lineal entre el IMC y las escalas de
frecuencia de consumo por grupo de alimentos de interés en los trabajadores
del Dpto. Auditoría Interna CCSS. San José Costa Rica, Octubre 2016.

(n=65 personas)

Consumo:	IMC	
	Correlación	Valor p
Lácteos	0,05	0,67
Frutas	0,35	0,00
Vegetales	0,30	0,02
Proteínas	0,03	0,82
Harina	-0,02	0,90
Bebidas	0,11	0,36
Dulces	-0,43	0,00

Fuente: Espinoza (2017).

Se observa que las principales intensidades presentes entre el IMC y el consumo de los alimentos suceden con el consumo de frutas, vegetales y dulces. En la Tabla N° 19 se observan los valores puntuales del coeficiente y se muestran los valores p que corresponden a la prueba de hipótesis de que el coeficiente de correlación mostrado es, en términos prácticos, cero (lo que implica que no habría relación entre el IMC y la escala de frecuencia de alimentos).

Para rechazar esta hipótesis es necesario que el valor p sea menor a 0.05, solamente en el consumo de frutas, vegetales y dulces se cumple lo anterior, por lo que estadísticamente, se podría asumir que si hay una relación significativa entre el IMC y el consumo de los grupos de alimentos anteriores.

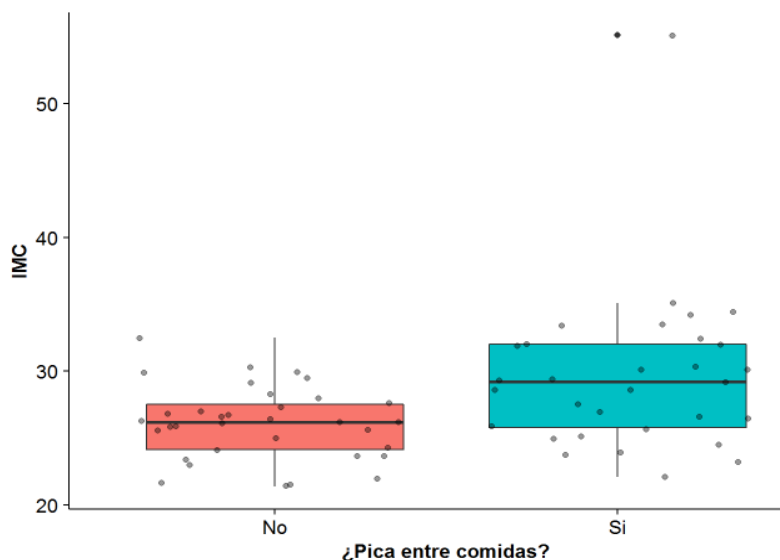
El bajo consumo de frutas y verduras en los participantes de la muestra, se ve asociado al panorama nacional donde las encuestas realizadas en los últimos años en el país muestran una elevada ingesta de grasa y azúcares simples y un reducido consumo de frutas y vegetales (MINSa, 1990 y 2002).

Como lo indica la teoría un consumo bajo en frutas y vegetales, es equivalente a una dieta pobre en nutrientes y relacionada al aumento de peso. Según estudios las frutas y verduras, debido a su elevado contenido en agua, fibra y un contenido relativamente bajo de energía tiene un papel importante en el control del peso corporal debido a su efecto sobre la saciedad y reducción del hambre. El aumento en la ingesta de frutas, verduras y fibra dietaría se ha informado que se asocia de forma independiente con una mayor pérdida de peso en los obesos de mediana edad (Durán, Valdes, Godoy y Herrera, 2015).

Sin embargo, el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios. Ahora se consumen más alimentos hipercalóricos, más grasas, más azúcares, más sal y hay muchas personas que no comen suficientes frutas, verduras y fibra dietética.

Como lo explica Dallman, las personas tienden a cambiar sus hábitos alimentarios cuando se sienten estresados.

Figura Nº 10
Clasificación de la muestra según
las personas consumen alimentos entre comidas en el Dpto. Auditoría Interna
CCSS. San José Costa Rica, octubre 2016. (n=65 personas)



Fuente: Espinoza (2017).

El único caso en el que se presentan diferencias estadísticamente significativas sobre los promedios del IMC sucede en la pregunta ¿Pica entre comidas? En este caso el promedio del IMC de las personas que no ingieren alimentos entre los lapsos que existen entre cada tiempo de comida recomendado,

es significativamente menor que el promedio del IMC de las personas que sí pican entre comidas.

La Figura N° 10 muestra el comportamiento diferenciado del IMC de acuerdo con la respuesta de las personas, es fácil notar como las líneas horizontales que cruza cada una de las cajas es diferente (la línea que representa la mediana), y especialmente que es superior bajo las personas que sí consumen alimentos entre comidas en comparación con los que no.

Es así como el sobrepeso y la obesidad es una patología de causa multifactorial, donde se ha sugerido la presencia de ansiedad en el incremento de la ingesta de alimentos (Hasler, et al., 2004).

Un estudio de interés demostró como resultado la identificación de aquellos hábitos de alimentación que muestran una tendencia conforme aumenta el IMC en pacientes con sobrepeso y obesidad. Se mostró que “comer entre comidas”, “picar alimentos”, “comer sin hambre” y “antojos de alimentos altos en grasa” aumentan su frecuencia conforme se tiene un mayor IMC (Reséndiz, et al, 2015).

4.6 Interrelación entre el estrés laboral, estado nutricional y hábitos alimentarios

En esta última sección del análisis, se presentan los resultados más relevantes respecto a la interrelación de variables estado nutricional, hábitos alimentarios e indicios de estrés laboral entr las personas.

Tabla N° 20
Relación del estrés laboral según
la frecuencia de tiempos de comida en los trabajadores del Dpto. Auditoría
Interna CCSS. San José Costa Rica, Octubre 2016. (n=65 personas)

DESAYUNO					
Categoría de Estrés	Frecuencia				
	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
	N	n	n	n	n
Bajo	40	1	0	0	0
Medio	15	1	0	0	0
Alto	6	1	1	0	0
Total	61	3	1	0	0
%	94%	5%	2%	0%	0%
MERIENDA MAÑANA					
Bajo	21	4	11	3	2
Medio	7	2	4	1	1
Alto	2	0	2	1	3
Total	30	6	17	5	6
%	46%	9%	26%	8%	9%
ALMUERZO					
Bajo	40	1	0	0	0
Medio	15	1	0	0	0
Alto	7	1	0	0	0
Total	62	3	0	0	0
%	95%	5%	0%	0%	0%
MERIENDA TARDE					
Bajo	22	6	9	4	0
Medio	8	1	5	1	0
Alto	2	0	4	1	1
Total	32	7	18	6	1
%	49%	11%	28%	9%	2%
CENA					
Bajo	31	7	3	0	0
Medio	10	4	1	1	0
Alto	5	3	0	0	0
Total	46	14	4	1	0
%	71%	22%	6%	2%	0%

Fuente: Espinoza (2017).

En relación con la influencia de estrés laboral presente bajo, medio y alto indicio con respecto a la frecuencia en tiempos de comida, se demuestra que en los tiempos de desayuno, almuerzo y cena no existe una evidencia significativa que altere saltarse dichos tiempos. Sin embargo, en las meriendas de mañana y tarde es más frecuente evidenciar las irregularidades, especialmente si se observa el indicio de estrés alto con respecto a la merienda de la tarde, es el que presenta más irregularidades, esto podría evidenciar una relación significativa con respecto a estrés con poca frecuencia de consumo en meriendas.

En relación con el estrés, estudios indican que los nuevos estilos de vida y la sensación de falta de tiempo, han dado lugar a cambios en el modelo tradicional de distribución de las comidas y han afectado algunos hábitos el problema se agrava si se tiene en cuenta la también continua tendencia a aligerar las comidas, ello da lugar a una distribución horaria de las comidas a veces irracional con repercusiones negativas en el estado nutricional y en la salud (Azcona, Carabajal, et al 2003).

También se refiere a estrés laboral en relación con la alimentación y el consumo de todos los tiempos de alimentación, se dice que el principal factor por los cuales las personas se saltan las comidas es debido al componente de prisa, casi de urgencia, con que satisfacen las necesidades nutritivas un gran número de trabajadores que se ven obligados a intercalar en su jornada laboral una ingesta alimentaria inadecuadamente planificada desde el punto de vista calórico y consumida con rapidez (Díaz, 2007).

Tabla N° 21
Relación de estrés laboral en
hábitos alimentarios y actividad física en los trabajadores del Dpto. Auditoría
Interna CCSS. San José Costa Rica, Octubre 2016.
(n=65 personas)

<i>Hábito</i>	<i>Categoría</i>	<i>Nivel de estrés</i>		
		<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
<i>Qué come fuera de la casa</i>	<i>Comida tradicional</i>	52	15	4
	<i>Comida rápida o snacks</i>	9	5	4
<i>Frecuencia de consumo de comida rápida</i>	<i>Menos 1 vez/Semana</i>	29	12	5
	<i>1-2 veces/semana</i>	9	2	1
	<i>3-4 veces/semana</i>	4	2	1
	<i>5-6 veces/semana</i>	0	0	1
<i>Agrega sal a las comidas</i>	<i>Sí</i>	6	4	1
	<i>No</i>	34	12	7
<i>Tipo de Enduzante</i>	<i>Azúcar</i>	13	8	5
	<i>Edulcorante</i>	8	7	1
	<i>Nada</i>	5	2	1
<i>¿Pica entre comidas?</i>	<i>Sí</i>	18	8	4
	<i>No</i>	22	8	4
	<i>No realiza</i>	5	5	3
<i>Frecuencia Actividad Física</i>	<i>Menos 1 vez/Sem</i>	6	4	1
	<i>1-2 veces/semana</i>	9	4	2
	<i>3-4 veces/semana</i>	12	2	1
	<i>5-6 veces/semana</i>	4	0	1
	<i>Todos los días</i>	5	1	0

Fuente: Espinoza (2017).

Por su parte, la Tabla N° 21 muestra la relación de estrés laboral bajo, medio y alto indicio para cada una de las categorías de las variables de hábitos alimenticios y estilo de vida de interés.

Con respecto a la frecuencia de consumo de alimentos fuera del hogar y al consumo de comida rápida con la presencia de estrés laboral en bajo, medio y alto indicio se puede observar que la mayoría prefiere comidas tradicionales; sin embargo, se observó para el nivel de estrés alto que un porcentaje promedio también prefiere comidas rápidas o *snacks*, además en este mismo rango existe solo una persona de la muestra que lo hace más frecuente, 5 veces por semana. Con esto se evidencia una relación entre estrés y consumo de comida.

El estrés laboral puede alterar el apetito y el hambre y, como consecuencia, la correcta alimentación y nutrición; lo que equivale a decir que una fuente nada desdeñable de estrés lo constituye la manera en que nos alimentamos. Cuando nuestras células soportan algunos estados carenciales y no reciben los elementos nutritivos indispensables, se produce en el organismo una carga de estrés muy importante.

En ausencia de encuestas determinantes (un informe sobre "Alimentación en España, 2007" de MERCASA, apuntaba que el consumo fuera del hogar representa el 30% del gasto total en alimentación), se cuenta con evidencias suficientes como para afirmar que, un gran porcentaje de quienes comen habitualmente fuera de casa,

se encuentra relativamente mal nutrido, y por ello podrían considerarse como relativamente enfermo, tanto mental como físicamente.

Desde una consideración laboral de la vigilancia de la salud hay un tema desencadenado, directa o indirectamente, por el estrés que, como otros de carácter grave: se trata de la presencia de hábitos de sobrenutrición, generadores de situaciones de sobrepeso y obesidad que constituirían factores de riesgo de patologías múltiples y actuarían como agravantes de cualquier enfermedad (Díaz, 2007).

En relación con el hábito de consumo de sal y azúcar entre los participantes y la influencia de estrés laboral en sus diferentes niveles, no se evidenció relación alguna ya que la mayoría no suele poner sal a sus comidas preparadas. Y en el caso del azúcar es el de mayor consumo, sin embargo no se puede cuantificar un exceso.

Aunque los resultados no mostraron un exceso en el consumo de sal, se dice que existe una serie de alimentos que genera estrés, que suscita una reacción biológica excesiva destinada a corregir el desequilibrio bioquímico y metabólico provocado por la composición del alimento ingerido y por la cantidad absorbida, entre estos la sal sódica en exceso, las salsas y los alimentos pobres en nutrientes esenciales (MERCASA, 2007) (Paz, 2015).

Con respecto al estrés laboral, este tiene una gran influencia en la ansiedad, en los resultados se demuestra que un bajo indicio de este síntoma, la mayoría de participantes no suele picar entre comidas, mientras que un medio y alto indicio de

estrés, se demuestra la presencia de ansiedad y la mayoría sí tiene el hábito de picar entre comidas, por lo que sí existe una relación significativa entre estrés y picar entre comidas por ansiedad.

La ansiedad tiene una relación directa con el estrés laboral, sin embargo, aunque los resultados muestran valores bajos de indicio de estrés entre los participantes, se demuestra que cuando hay presencia de ansiedad la mayoría sí tiene el hábito de picar entre comidas, por lo que sí existe una relación significativa entre estrés y picar entre comidas por ansiedad.

La pica es un mal hábito que se refleja durante los periodos de ansiedad y estrés en las personas. Al implementar el WALI en 552 pacientes con obesidad extrema para determinar a qué factores los pacientes atribuyen su obesidad, los autores observaron que las conductas más reportadas fueron: comer en respuesta a afectos positivos y estímulos sociales, excesos en alimentación y mala regulación del apetito, comer excesivamente en comidas tempranas y picar (Fabricatore, 2006).

Un estudio revela que un individuo que no se encuentra expuesto a estrés presenta un consumo equilibrado de comida "*comfort*" (dulces, chocolates, pasteles, galletas, *snacks* salados). Sin embargo, cuando este individuo es expuesto a un período de estrés que es acompañado de una sensación de hambre menor, aumenta el consumo de comida "*comfort*" y disminuye la ingesta de comida "saludable". Si esta persona incrementa su sensación de hambre en el mismo período de estrés, continúa aumentando y disminuyendo la ingesta de comida "*comfort*" y "saludable",

respectivamente. Se pueden observar principalmente dos grandes problemas al usar la comida para reducir sensación de estrés: el primero es emocional con el consumo de comida "*comfort*", que al ser consumida de manera reiterada, puede generar obesidad abdominal (Dallman, M. 2010).

Aunque la investigación no es de estilo de vida, la pregunta de actividad física se realizó dentro del cuestionario ya que se demuestra que muchos de los participantes realizan actividad física promedio de 1 a 4 veces por semana, sin embargo, existe una evidencia en el rango de estrés laboral alto donde la mayoría se encuentra en las casillas que menos o nunca hacen actividad física, esto podría demostrarse como evidencia de estrés relacionado al sedentarismo.

Se dice que un factor importante relacionado con la obesidad y al estrés laboral es el sedentarismo, un estilo de vida que van adoptando los trabajadores a falta de tiempo, asociándose también a la poca cultura que sufre la sociedad hoy en día y la poca importancia de la actividad física durante el día (Schulte, 2007).

El sedentarismo ha sido consecuencia de la modernización. La mayoría de los trabajos, sobre todo en el sector urbano, son de carácter sedentario. El transporte se ha automatizado y los esfuerzos físicos que se deben hacer para conseguir cualquier tipo de alimento o para llegar a cualquier lugar han disminuido significativamente (Celi, & Stefanya, 2016).

Tabla N° 22
Promedio del IMC y prueba
Anova para los indicios de estrés en los trabajadores del Dpto. Auditoría
Interna CCSS. San José Costa Rica, octubre 2016. (n=65 personas)

Indicios de estrés	IMC	
	Promedio	Valor p
Bajo	27,79	0,54
Bajo (alto)	27,76	
Medio	25,57	
Medio (alto)	27,40	
Alto	31,67	

Fuente: Espinoza (2017).

Finalmente, la Tabla N° 22 realiza la prueba ANOVA sobre el IMC promedio de las personas clasificadas en cada una de las categorías del indicio de estrés laboral. Para una de estas categorías se calcula dicho promedio y se comparan entre sí para evaluar si existe una diferencia estadísticamente significativa. Es fácil notar descriptivamente que el IMC promedio de las personas con un indicio alto de estrés laboral, es notablemente mayor al IMC promedio del resto de indicios. Sin embargo, en este caso no resulta ser significativo debido a que el valor p de la prueba no es menor a 0.05.

Lo anterior se puede relacionar a distintos factores. El primero de ellos puede ser el hecho de que solo un 4.6% de la muestra fue clasificado dentro de un indicio alto de estrés laboral (revisar nuevamente la Figura N° 6), lo cual afecta el desempeño de la prueba ANOVA. También factores como la variabilidad de las

observaciones dentro de cada una de las características de interés pueden afectar. A pesar de la evidente diferencia, es posible recomendar ampliar el estudio a otros departamentos con el fin de aumentar el tamaño total de la muestra y dentro de cada una de las categorías) con el fin de potenciar los resultados de las posibles pruebas estadísticas que podrían utilizarse.

Los resultados demuestran que la población en estudio no tiene una gran relación significativa con presencia de estrés laboral. Sin embargo, según la prueba ANOVA sobre el IMC, una diferencia significativa entre los valores promedio de indicio de estrés medio y un IMC en aumento como anteriormente se menciona existen factores relacionados sobre la influencia del estrés y el estado nutricional.

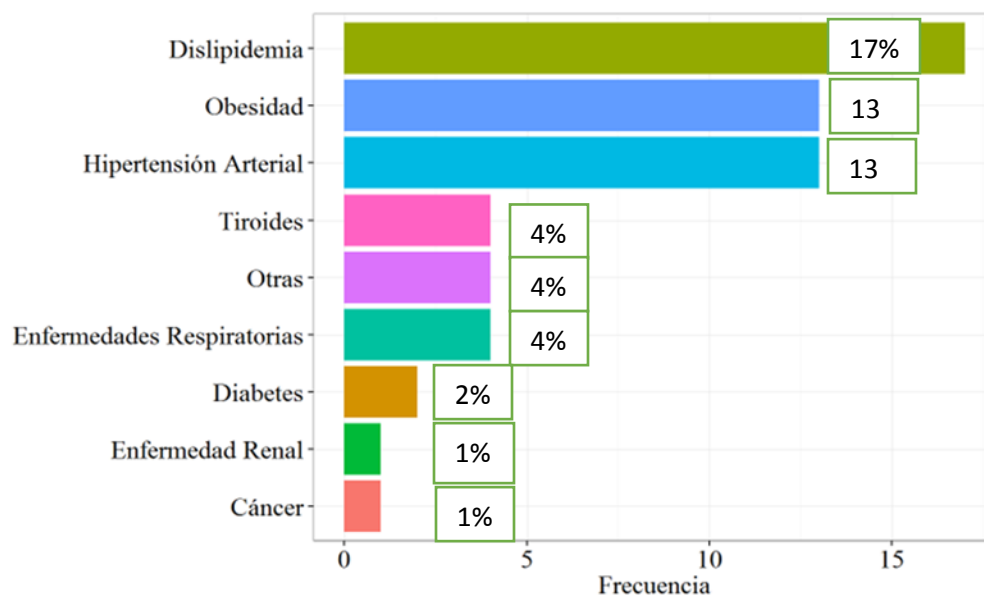
Como lo menciona la literatura un factor causal y relacionado por la influencia del estrés laboral, son los hábitos alimentarios inadecuados. Ante una situación de estrés se pueden desarrollar conductas inadecuadas en la selección y preferencia de alimentos no saludables, sumándose a esto la disponibilidad y acceso a los alimentos dentro y fuera del lugar de trabajo (Schulte, 2007).

Un adulto trabajador invierte un cuarto de su vida trabajando y la presión que genera el trabajo asociada a las demandas de este, pueden afectar los hábitos alimentarios y los patrones de actividad física, causando sobrepeso y obesidad (Schulte, 2007).

Otro factor importante relacionado con la obesidad y al estrés laboral es el sedentarismo, un estilo de vida que van adoptando los trabajadores a falta de

tiempo, el cual se asocia también a la poca cultura que sufre la sociedad y la poca importancia de la actividad física durante el día.

Figura N° 11
Patologías presentes de los trabajadores del Dpto. Auditoría Interna CCSS. San José Costa Rica, Octubre 2016. (n=65 personas)



Fuente: Espinoza (2017).

Finalmente, las personas entrevistadas han presentado diferentes tipos de patologías que deben ser consideradas para contextualizar los resultados. La Figura N° 11 muestra que la patología más frecuente corresponde a la dislipidemia, seguido de la obesidad y la hipertensión arterial.

Se dice que los principales factores de riesgo de estas enfermedades han aumentado en los últimos años, de acuerdo con las encuestas nacionales; la prevalencia de sobrepeso y obesidad es del 60% (IMC \geq 25); de colesterol elevado, del 45,7% (>200 mg/dl), y de triglicéridos altos, del 29,8% (\geq 200 mg/dl). Además, el 25,6% de la población presenta hipertensión arterial (\geq 140/90 mm/ Hg) y alrededor del 8%, diabetes mellitus. (Ministerio de Salud., 2009. Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009).

En la investigación *Motivos para bajar de peso*, de Jiménez et al. (2012), se observó que las personas con obesidad percibieron más síntomas, molestias o enfermedades. Las cifras elevadas de colesterol, triglicéridos o una enfermedad actual como diabetes o hipertensión fueron el mayor porcentaje de síntomas o enfermedades percibidas relacionadas con el aumento de peso en las personas con obesidad.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. La población de esta investigación describe características sociodemográficas destacables con residencia urbana en área metropolitana, con grado académico universitario y ocupación profesional en el campo laboral, en cuanto a ingresos económicos mayor a los 500 mil colones, una población con solvencia para el acceso a los alimentos de la canasta básica diaria.
2. La mayor parte de individuos presenta problemas de sobrepeso u obesidad, en menor porcentaje de la muestra presenta un estado nutricional adecuado. Y se observó un predominio en alto riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares en relación a la circunferencia abdominal
3. Esta muestra de estudio evidenció un bajo consumo entre los grupos de alimentos frutas, verduras, lácteos. Se encontró que para el consumo de bebidas diario de los participantes tienen un alto consumo del café y también de gaseosas, ambas bebidas son de alto valor estimulante y en el caso de las gaseosas con alto contenido en azúcar.
4. La muestra de personas entrevistadas de acuerdo a cada categoría de indicio de estrés, afecta un porcentaje menor de personas dentro del Departamento de Auditoria Interna de la CCSS.
5. La influencia de estrés laboral y los hábitos alimentarios de los participantes, mostraron diferencias significativas, cuando se presenta un alto indicio como

el hábito de la pica entre comidas, la preferencia en comidas rápidas y la preferencia por alimentos como café, gaseosas, galletas, chocolates, etc. De manera similar sucede con la actividad física y la presencia de sedentarismo.

6. La población en estudio no tiene una relación significativa con presencia de estrés laboral. Sin embargo, según la prueba ANOVA sobre la influencia del estado nutricional indica una diferencia significativa entre los valores promedio de indicio de estrés medio y un estado nutricional en aumento.

RECOMENDACIONES

1. Planear y ejecutar estrategias integrales que involucren programas de actividad física y hábitos de alimentación acordes a la rutina de trabajo de los trabajadores, que aseguren un adecuado balance de energía, una ingesta de nutrientes clave para su desempeño y el desarrollo de cualidades físicas. Lo anterior con el fin de optimizar la salud y desempeño y disminuir los riesgos asociados al exceso de peso corporal, estrés laboral y cotidiano y una pobre aptitud física.
2. Las autoridades de la empresa deberían promover el bienestar en el lugar de trabajo, programando charlas sobre alimentación saludable por parte de un profesional especializado en el tema 1 vez cada 3 meses, para empleados. Y mediante la adopción de políticas favorables a la salud a través del fomento de estilos de vida saludables que protejan los riesgos de enfermedades relacionadas con los estilos de vida una de ellas como recomendación al personal es que tengan un horario fijo de comida y que lo usen.
3. Para las necesidades alimentarias se recomienda al trabajador ingerir 5 comidas al día, para prevenir los atracones en comidas principales, considerando una dieta balanceada, nutritiva y sobretodo que compense el desgaste físico.

4. Cada Sucursal debe realizar campañas de alimentación saludable, que los encargados de cada provincia se preocupen de lo que están comiendo sus empleados, y que estos busquen lugares donde preparen comida sana e inocua.
5. Invertir en salud preventiva promocional en todo nivel, fomentando la adecuada nutrición en todo el personal; disponer de alimentos saludables ya sea en el comedor o en cada departamento para el mismo uso de los colaboradores tales como frutas, semillas y nueces, barritas de bajo contenido calórico, jugos de frutas reducidos en azúcar como lo son los de 100% fruta, yogurt, galletas de bajo contenido calórico como “Sodas”, “Tosh”, “Sanisimas”, etc. También la implementación de un bidón de agua potable para mantener al alcance el consumo de agua entre los mismos.
6. Insistir en los colaboradores el consumo de comidas y meriendas preparadas en el hogar, para evitar la compra de alimentos no saludables o hacer uso de la recomendación anterior para una merienda más saludable.
7. Deben abordarse temas con profesionales encargados sobre ejercicio y nutrición que generen conciencia en dicha población acerca del impacto de su estilo de su vida en su salud y desempeño y que estos puedan involucrar a sus familiares en dichas capacitaciones para potenciar la mejor alimentación.
8. A las jefaturas del Departamento, se les recomienda la promoción de actividad física dentro y fuera de las instalaciones, la que no sólo incide en la capacidad laboral, sino que fortalece las relaciones entre los integrantes, mejora el

clima laboral, refuerza el compromiso con los objetivos de la organización estableciendo rondas de ejercicio físico, cada 2 horas con un mínimo 5 minutos de duración en la oficina o puesto de trabajo, como series de ejercicios de estiramiento brazos, piernas, sentadillas u otras acorde.

9. Implementar 1 hora de ejercicio físico después del trabajo en forma grupal, con algún profesional en el área como por ejemplo clases de yoga, zumba, baile, aeróbicos, caminata o alguna rutina al aire libre en el “Parque de las Garantías Sociales” situado aledaño a la institución, para así crear un hábito en la población que ayude a erradicar el estrés y los estados de ánimos negativos.
10. Contar con un equipo interdisciplinario para brindar: charlas, talleres y boletines informativos para identificar en forma temprana las tendencias al estrés y los estados de ánimo de cada trabajador, evaluando así las posibles diferencias entre ambas intervenciones y determinar los efectos negativos del estrés y los estados de ánimo y valorar las bondades del ejercicio físico.
11. Implementar programas de vigilancia médica continua como chequeos médicos para velar por la salud y asegurar equipo humano de trabajo en óptimas condiciones de salud y desempeño que disminuyan la inversión económica en incapacidades y cuidados.
12. Para futuras investigaciones se recomienda llevar un seguimiento y control de las variables estudiadas entre los participantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Adam, T. C., & Epel, E. (2007). Stress, eating and the reward system. *Physiology & behavior*, 91(4), 449-458.doi:10.1016/j.physbeh.2007.04.011
- Adult Obesity Facts. (2015).Centers for Disease Control and Prevention. CDC. <https://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html>
- Agencia Española de seguridad alimentaria y nutrición (AESAN). (2014). Estudio ENIDE (Encuesta nacional de ingesta dietética). http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/evaluacion_riesgos/datos_consumo/ENIDE.pdf. Acceso: 2014-10-06.
- Alegre, A. P., Centurión, D. A., Larzabal, M. T., Schafer, J. Y., & Fernández, B. V. H. (2011). *Sobrepeso y obesidad, relación con la frecuencia de comidas*. Trabajo final de investigación. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina de Corrientes, Argentina.
- Alemán, C., & Salazar, W. (2006). Niveles de actividad física en funcionarios públicos. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*.. Vol. 4, Nº1..
- Alvarado R, Pérez J, Saavedra N, Fuentealba C, Alarcón A, Marchetti N, et al. (2012).Validación de un cuestionario para evaluar riesgos psicosociales en el ambiente laboral en Chile. *Rev Med Chile*; 140:1154-1163.
- Álvarez Aguilar, E. (2014). *Valoración del síndrome de estar quemado, estados de ánimo y actividad física en las y los funcionarios administrativos del Tribunal Supremo de Elecciones (TSE)*.
- Alvarez Dongo, Doris., et al. (2012) *Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010)*. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica, Lima, v. 29, n.3, jul. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000300003&lng=es&nrm=iso>. accedido en 05 feb. 2017.

- Alvarez, F. J. (2008). Ergonomía y Psicología Aplicada: manual para la formación del especialista. En F. J. Alvarez, *Ergonomía y Psicología Aplicada: manual para la formación del especialista* (pág. 568). Lex Nova
- Amador, M., Rodríguez, A. (1996). Seminario-taller sobre obesidad y pobreza en América Latina. *Rev Cubana Aliment Nutr.*; 10(1): 49-52.
- Aráuz Hernández, A. G., Guzmán Padilla, S., & Roselló Araya, M. (2013). La circunferencia abdominal como indicador de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Acta méd. costarric*, 55(3), 122-127.
- Araya Arce, P. (2012). *Composición corporal, nivel de actividad física y hábitos alimenticios de un grupo de bomberos permanentes del valle central.*
- Araya, Y., Campos, F., & Jiménez, J. M. (2016). Características cineantropométricas e ingesta nutricional de mujeres y hombres costarricenses dedicados al modelaje publicitario. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (30), 144-149.
- Arce, M P S., (2012). *Evaluación antropométrica y educación nutricional a los conductores de autobús con sobrepeso y obesidad.* Universidad Hispanoamericana Costa Rica. *Rev Costarr Salud Pública* 2012; 21: 70-75. <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v21n2/art05v21n2.pdf>
- Astrup, A., Dyerberg, J., Selleck, M., Stender, S. (2008) Nutrition transition and its relationship to the development of obesity and related chronic diseases. *Obes. Rev.*9(Suppl 1):48-52. <http://doi.org/bq3m4j>.
- Ávila, M. L. (2009). *Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica, 2008-2009.* Accesado el 04 de marzo del 2010 desde http://www.ministeriodesalud.go.cr/inicio/estadisticas/encuestas/resultado_ENN_2008_2009_8_octu_09.pdf
- Azcona Carabajal., A. Fontanillo., J.A. (2003). Desayuno saludable. Programa de Alimentación y Nutrición de la Consejería de Sanidad. Instituto de Salud Pública. Madrid. Capítulo II Un hábito saludable a recuperar, Capitulo V ¿Qué papel tiene el

desayuno en el conjunto de las comidas del día?, Papel en la prevención de la obesidad, capítulo VI El sobre-desayuno o el segundo desayuno, capítulo IX Conclusiones. Disponible en: http://www.nutrinfo.com/libros_nutricion_e-books.php. Última visita: 28 de abril 2011.

Baldares, Eduardo. (2016). Cómo combatir el estrés en el trabajo. *Grupo Nación GN S.A.* Costa Rica. http://www.nacion.com/brandvoice/combater-estres-trabajo_19_1556234362.html

Barón, M. G. (2008). El Síndrome de Agotamiento Profesional. En M. G. Barón, *El Síndrome de Agotamiento Profesional* (pág. 158). Ed. Médica Panamericana.

Beausset, S. I., Sedó Masís, P., Brenes Cordero, H., Chaves Delgado, S., Piedra Alfaro, M. I., Castro Quirós, M., & Claramunt Garro, M. (1997). *Guías alimentarias para la educación nutricional en Costa Rica*. Ministerio de Salud.

Bensadón Belicha, S. (2016). *Hábitos alimentarios saludables en el control del peso corporal*.

Bezerra, IN., Sichieri, R. (2010). Characteristics and spending on out-of home eating in Brazil. *Rev Saude Publica*. 44: 221 -9.

Cabezas, Claudia., Constanza., et al. (2012). Azúcares adicionados a los alimentos: efectos en la salud y regulación mundial. *Revista de la Facultad de Medicina* (2016),64(2):319.<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.52143>

Calañas Continente, A. (2012). *Bases científicas de una alimentación saludable: Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo*. Ediciones Díaz de Santos. <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-alimentacion-saludable-basada-evidencia-13088200>

Calle, E., Thun, M., Petrelli, J., Rodriguez, C., Heath C. (1999). Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *N Engl J Med*; 341:1097-1105.

Carbajal, A. Á. (2013). *Manual de nutrición y dietética*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 03 de Noviembre de 2015, de

<https://www.ucm.es/nutricioncarbajal/> <https://www.ucm.es/data/cont/docs/458-2013-07-30-cap-15-estado-nutricional.pdf>

- Carlas, Magda. (2009). Comer cinco veces al día contribuye a prevenir el sobrepeso y la obesidad. Nota de Prensa escrita por *IMPACCTA*. Barcelona. Disponible en: www.entrechiquitines.com/ser_mujer/comer-5-veces-al-dia-contribuye-a-prevenir-el-sobrepeso-y-la-obesidad/. Última visita: 3 de noviembre de 2010.
- Carmenate Milián, L., Moncada Chávez, F. A., & Borjas Leiva, E. W. (2014). *Manual de Medidas Antropométricas*. Costa Rica: SALTRA.
- Celi, L., & Stefanya, K. (2016). *Estudio de prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Personal del hospital de los valles, 2014-2015* (Bachelor's thesis, QUITO/UIDE/2016).
- Clark, JM., Brancati, FL. (2000). The challenge of obesity-related chronic diseases. *J. Gen. Intern. Med.* 15(11):828-9. <http://doi.org/dh332n>.
- Dallman, M (2010). Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *Trends Endocrinol Metab.* 2010; 21(3):159-165. doi: 10.1016/j.tem.2009.10.004
- De Costa Rica, M. I. N. S. A. (2011). *Guías Alimentarias para la Educación Nutricional en Costa Rica*. San José.
- De la Sierra, A., Segura, J., Banegas, J.R., et al. (2011). Clinical Features of 8295 Patients With Resistant Hypertension Classified on the Basis of Ambulatory Blood Pressure Monitoring. *Hypertension.* 57: 898-902.
- Definición.de., (2008-2016). Recuperado de <http://definicion.de/demografia/>
- Del Ponte, B., Borges, M., Camey, S., Anselmo, M.T.(2014). Dietary patterns and hypertension: a population based study with women from Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 30(5): 961-971.
- Díaz Franco, J. J. (2007). Estrés alimentario y salud laboral vs. Estrés laboral y alimentación equilibrada. *Medicina y seguridad del trabajo*, 53(209), 93-99. . Recuperado en 14 de mayo de 2016, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000400012&lng=es&tlng=es.

Dietary Guidelines Advisory Committee (DGAC). (2015) Scientific Report of the 2015 Dietary Guidelines for Americans. Part D. Chapter 2: Dietary Patterns, Foods and Nutrients, and Health Outcomes.

DOI: 10.15446/rsap.v18n4.35480

Drewnowski, A., Darmon, N., (2005) The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. *Am J Clin Nutr*; 82 (1 Suppl): 265S-273S.

Durán-Agüero, S., Valdes-Badilla, P., Godoy Cumillaf, A., & Herrera-Valenzuela, T. (2015). Consumo de frutas y su asociación con el estado nutricional en estudiantes universitarios chilenos de la carrera de educación física. *Nutricion Hospitalaria*, 31(5), 2247-2252. doi:10.3305/nh.2015.31.5.8617.

El ABC de la responsabilidad social empresarial en Chile y el mundo. (2003). Santiago: *Acción Empresarial*. [Consultado 15 abr 2014]. Disponible en: http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Documentos%20RIUPS/EI_ABC_de_la_RSE_en_Chile_y_el%20mundo_2003.pdf

El estrés en el trabajo. (1999).Centros para el control y prevención en el trabajo, Instituto Nacional para la salud y seguridad ocupacional (NIOSH, en: www.cdc.gov

Eumann Mesas, A., Guallar-Castillón, P., León-Muñoz, LM., Graciani, A., López García, E., Gutiérrez-Fisac, J L., Banegas ,JR., and Rodríguez-Artalejo,F. (2012) *Obesity - Related Eating Behaviors Are Associated with Low Physical Activity and Poor Diet Quality in Spain J. Nutr.* 142: 7 1321-1328.

FAO. (2010).Fats and fatty acids in human nutrition: report of an expert consultation. *FAO Food and Nutrition Paper 91*. Rome: Food and Agricultural Organization of the United Nations; 2010.

Farré, R., (2015). *Manual de Nutrición Kelloggs*. Capitulo 07.pdf. Recuperado de http://www.kelloggs.es/content/dam/newton/media/manual_de_nutricion_ne

- FELANPE. (2009). Evaluación del estado nutricional en el paciente hospitalizado. Revisión y unificación de conceptos. Reunión del grupo de nutricionistas. FELANPE Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, *Nutrición Clínica y Metabolismo*. Abril, 2009.
- Ferry, F.F, (2006-2007), *Consultor clínico de medicina interna*. Ed. Océano. pags 617- 618. 2.
- Fundación Eroski., (2005-2006). Empleo de Calidad. *Rev. Memoria Responsabilidad Social*. España. <http://responsabilidadsocial.fundacioneroski.es/2007/es/empleo-de-calidad/trabajar-en-eroski/relacion-empresa-trabajador/>
- Gamboa, M., Herrera, G., Aguilar, J. y Arias, R. (2013). Síndrome de Burnout en el personal del Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva en el año 2009. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 606, 195-201.
- Garaulet, M., Puy M, Pérez, F., Cuadrado, C., Leis, R., Moreno, M. (2008). Obesidad y ciclos de vida del adulto. *Rev Esp Nutr Comunitaria*; 14(3):150-155
- García, R. F. (2010). La Productividad y el riesgo psicosocial o derivado de la organización del trabajo. En R. F. García, *La Productividad y el riesgo psicosocial o derivado de la organización del trabajo* (pág. 280). Club Universitario.
- Gibney, M., Margetts, B., Kearney, J., Arab, L. (2007). *Public Health Nutrition*. 4ª Edición. Gran Bretaña: Blackwell Science;
- Gibson, R S. (2005). *Principles of nutritional assessment*. 2nd Ed. Oxford University Press, 41-49.
- Gil de Montes, P. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Monográfico, *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2):101-102.
- Gil de Montes, P. (2001). *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención*.
Extraído el 19 de Octubre, 2010 desde:

[http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-78-el-sindrome-de-quemarsepor-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\)-aproximaciones-teor.pdf](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-78-el-sindrome-de-quemarsepor-el-trabajo-(sindrome-de-burnout)-aproximaciones-teor.pdf)

- Gil Hernández, F. (2005). *Tratado de Medicina del Trabajo*, Ed. Masson. Barcelona.
- Gil, Ángel. (2010). *Tratado de Nutrición II*. Nutrición Humana en el Estado de Salud. Pág. 3. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid,.
- Gómez, A. B. (2002). Evaluación del estado nutricional del adulto mediante la antropometría. *Revista Cubana Aliment Nutr*, 16(2), 146-52.
- González, E; Núñez, J. & Salvador, A. (1997). Efectos de un programa de entrenamiento sobre el estado de ánimo y la ansiedad en mujeres sedentarias. *Revista Psicothema*. 9(3). Extraído el 15 de Marzo, 2011 desde: <http://www.psicothema.com/pdf/120.pdf>
- Grupo de Actividad Física y Salud de la semFYC(2002). *La necesidad de moverse*. Aten Primaria. 31 de octubre. 30 (7): 423-424.
- Guzmán Padilla, Sonia, & Roselló Araya, Marlene. (2002). Consumo de frutas en una población adulta de Costa Rica. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 52(1), 63-73. Retrieved February 12, 2017, from http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222002000100009&lng=en&tlng=en.
- He, J., Whelton, P., Appel, L., Charleston, J., Klang, M.(2000). *Long term effects of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of Hypertension*. *Hypertension*. 35: 544-549.
- Hernández, C. A. G. (2012). *El estrés laboral: una realidad actual*. Summa Humanitatis, 3(1).
- Hernández, R.; Fernández, C & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. 5ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Herrera Genes, A. (2015). El Desayuno y Su Importancia. ¿Es Realmente El Desayuno Una Necesidad Fisiológica O Un Hábito Saludable?.

- Hidalgo Chávez, Mariana Elvira. (2015). *Asociación del estado nutricional con los estilos de vida del profesional de salud de una empresa de salud*; Tesis (Magister) -- UPC, Escuela de Postgrado, Maestría en Gestión y Docencia en Alimentación y Nutrición, 2014. info:eu-repo/semantics/masterThesis.
- Hooper, L., Abdelhamid, A., Moore, H.J., Douthwaite, W., Skeaff, C.M., Summerbell, C. D. (2012). Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ*; 345: e7666.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) (1996). *Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas 1995*. San José, Costa Rica
- Jácome Lara, J. D. (2013). *Influencia de los hábitos alimentarios y la actividad física en la malnutrición de los trabajadores de la “Aseguradora del Sur”, en el periodo febrero–julio 2012*.
- Jensen Madrigal, M., Ugalde González, M., Araya Blanco, S., & Chinnock, A. (2014). Promoting healthy lifestyles in public officials, Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 23(1), 32-38.
- Jiménez, J. L et al. (2012) “Motivos para bajar de peso ¿Por qué asistir a un programa de apoyo?” *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol.50, núm.4, 2012, pp. 407-412.
- Jones, C. (1997). Vegetables and fruits. *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective*. World cancer research Fund American Institute for Cancer Research.
- Lara, I. S. (2007). Jornada Laboral, flexibilidad humana en el trabajo y análisis del trabajo pesado. En I. S. Lara, *Jornada Laboral, flexibilidad humana en el trabajo y análisis del trabajo pesado* (pág. 264). Ediciones Díaz Santos .
- Leiter, M. P., Bakker, A. B., & Maslach, C. (2014). Burnout at work. *A Psychological Perspective*.
- Lerma, M., Sofía, N. P., Álvarez, Nazar., Beutelspacher, D. A., & Mondragón, R. (2016). *Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de*

- peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Estudios sociales* (Hermosillo, Son.), 24(47), 380-409.
- Llorens, C., Alós, R., Cano, E., Font, A., Jódar, P., López, V., Navarro, A., Sánchez, A., Utzet, M. & Moncada, S. (2010). Psychosocial risk exposures and labour management practices. An exploratory approach. *Scand J Public Health*, 38(3 Suppl), 125-136. doi: 38/3_suppl/125 [pii] 10.1177/1403494809354363
- Luján-Méndez FJ.(2010). *Estilos de vida del personal adscrito al primer nivel de atención. Medicina Laboral, Medicina Preventiva y Salud Pública, Medicina Familiar y Atención Primaria.*
- Maisto, M. &. (2009). *Psicología*. En M. &. Morris, *Psicología*. México.
- Maiz, A. (1997).Consecuencias patológicas de la obesidad: hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia. *Boletín de la escuela de medicina, Chile.*, Vol 26 N°1.
- Manson, J. E., Skerrett, P. J., Greenland, P., & VanItallie, T. B. (2004). The escalating pandemics of obesity and sedentary lifestyle: a call to action for clinicians. *Archives of internal medicine*, 164(3), 249. DOI:[10.1001/archinte.164.3.249](https://doi.org/10.1001/archinte.164.3.249)
- Manual de Instrumentos para la Evaluación Dietética.*, (2006). INCAP MDE 156. Guatemala, Centroamérica. 14^o páginas.
- Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_07.pdf*
- Marcalla, M., & Fernanda, M. (2015). *Causas que provocan estrés laboral y su incidencia en el desempeño del Personal del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón San Pedro de Pelileo en el periodo administrativo 2015.*
- Martínez Álvarez, J. R. (2013). La densidad energética y la calidad nutricional de la dieta en función de su contenido en azúcares. *Nutrición Hospitalaria*, 28, 57-63.
- Martínez, R. G. (2012). Estrés Organizacional. En R. G. Martínez, *Estrés Organizacional* (pág. 232). México: ISBN.

- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498–512.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Maslow, A. (2006). *Motivación y personalidad*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos págs. 21-38.
- Matos, C. H., Proença, R. P. D. C., & Costa, S. P. D. (2009). Trabajo en producción de comidas: consecuencias en la alimentación y estado nutricional de los trabajadores. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(214), 91-100.
- Mattei, Hu., & Campos. (2011). *Defensoría de los Habitantes y Consejo Nacional de Rectores, 2006*; Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 1999).
- Millán, R. y Mesén, A. (2009). Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses. *Acta Médica Costarricense*, 51, 2.
- Ministerio de Salud (MS) (1985). Encuesta Nacional de Nutrición 1982. Informe sobre los hallazgos antropométricos, lactancia materna, alimentación suplementaria y uso de los servicios del Ministerio de Salud. San José, Costa Rica. 11. Ministerio de Salud (MS) (1990). *Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (MS) (1997). *Encuesta Nacional de Nutrición 1996*. "Fascículo 1. Antropometría". San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud, (2014) *Análisis de Situación de Salud en Costa Rica*. Dirección de Vigilancia de la Salud.
- Ministerio de Salud. (2003) *Encuesta Nacional de Salud*. Minsal, Chile.
- Ministerio de Salud. (2004). *Encuesta multinacional de diabetes mellitus, hipertensión arterial y factores de riesgo asociados área metropolitana*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud, 2004. [monografía en línea]. Recuperado el 14 de julio de 2010]. En: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/component/content/article/43-pagina-inicio-ms/145-estadisticas-encuestas-ms>

- Ministerio de Salud. (2008-2009) Encuesta Nacional de Nutrición. Antropometría. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud, 2009. [monografía en línea]. Recuperado el 14 de julio de 2010. En: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/component/content/article/43-pagina-inicio-ms/145-estadisticas-encuestasms>
- Ministerio de Salud. (2011) *Memoria institucional*. San José Costa Rica: Ministerio de Salud, 2011. Recuperado el 14 de julio de 2010]. En: http://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria2012/UMI_memoria_institucional_2011.
- Min-Ju Kim., Kuk-Hui Son., Hyun-Young, Park., Dong-Ju Choi., Chang-Hwan Yoon., Hea-Young Lee., Eun-Young Cho and Myeong-Chan Cho.(2013). Association between shift work and obesity among female nurses: Korean Nurses' Survey. *BMC Public Health* 2013, 13:1204.
- Moreno, R. M., Víbora, P. I. B., & García, M. Á. T. (2015). Hábitos de vida, de alimentación y evaluación nutricional en personal sanitario del hospital de Mérida. *Nutrición Hospitalaria*, 31(n04), 1763-1770.
- Navas Santos, L., Nolasco Monterroso, C., Carmona Moriel, C. E., López Zamorano, M. D., Santamaría Olmo, R., & Crespo Montero, R. (2016). Relación entre la ingesta de sal y la presión arterial en pacientes hipertensos. *Enfermería Nefrológica*, 19(1), 20-28.
- Nishida C, Uauy R. (2009). WHO scientific update on health consequences of trans fatty acids: introduction. *Eur J Clin Nutr*, 63 Suppl 2:S1–4.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. 2a edición. Editorial Thomson. México.
- Olshansky, S J., Passaro, D J., Hershow, R C., Layden, J., Carnes, B A., Brody J., et al. (2005). A potential decline in the United States life expectancy in the 21st century. *N Engl J Med*, 352: 1138-45. DOI: 10.1056/NEJMSr043743
- OMS, Ginebra. (1995). *El Estado Físico: Uso e Interpretación de la Antropometría*:

- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2011). "Panorama sobre el mundo del trabajo", en: <http://www.ilo.org/>
- Organización Mundial de la Salud (2003). "Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas": Informe de una consulta Mixta FAO/OMS Organización Mundial de la Salud. OMS reporte de prensa núm. 311, febrero 2011
- Organización Mundial de la Salud., (2012). Estadísticas mundiales. Geneva. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud-OMS., (2004). *La organización del trabajo y el estrés: Estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales* [en línea]. Ginebra: Secretaría General de la OMS; [consultado 11 abr 2014]. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/.
- Párraga, J. (2006). *Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el Síndrome de Burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios*. Tesis de Doctorado en Universidad de Extremadura. España. Extraído el 15 de Marzo, 2011 desde: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=595>
- Paz, Josefina (2015). *Relación entre el Nivel de Estrés y Nivel de Ansiedad con el Estado Nutricional y los Hábitos Alimentarios del personal auxiliar y administrativo de tres universidades*. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Fasta.
- Phillips, DR. (1993). Urbanization and Human Health; *Parasitology*. 106: S93-S107
- Piernas, C., Popkin, B.M. (2011). Increased portion sizes from energy-dense foods affect total energy intake at eating occasions in US children and adolescents: patterns and trends by age group and sociodemographic characteristics, 1977-2006. *Am J Clin Nutr*. 94:1324-1332.
- Pisabarro, R., Gutiérrez, M., Bermúdez, C., Prendez, D., Recalde, A., Chaftare, Y., & Manfredi, A. (2009). Segunda Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad (ENSO 2) adultos (18-65 años o más). *Revista médica del Uruguay*, 25(1), 14-26.

- Quick, J. C., Quick, J. D., Nelson, D.L. y Hurrell, J.J. (1997) "Preventive stress management in organizations, APA, EUA, 1997 9 Quick, J. C., Quick, J. D., Nelson, D.L. y Hurrell, J.J., "Preventive stress management in organizations, APA, EUA.
- Quinceno, J. M. y Alpi, V. S. (2007). Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 117-125.
- ¿Qué es el estrés laboral? (2015) Derechos reservados. Recuperado de <http://www.estreslaboral.info/>
- Ramírez, M., Hernández, R., Reducindo, M., Cortés, P., Mendoza, R., & Jaimes, F. 2013).
- Ratner, R., Sabal, J., Hernández, P., Romero, D., & Atalah, E. (2008). Estilos de vida y estado nutricional de trabajadores en empresas públicas y privadas de dos regiones de Chile. *Revista médica de Chile*, 136(11), 1406-1414. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008001100006&script=sci_arttext&tlng=pt Recuperado de: http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/ENS_mayo2004.pdf.
- Rebeca, M., Castillo, A. & García, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. En Morales, J. (Ed.), *Obesidad: un enfoque multidisciplinario* (201-218.). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo: Ediciones Ciencia al día.
- Reséndiz Barragán, A. M., Hernández Altamirano, S. V., Sierra Murguía, M. A., & Torres Tamayo, M. (2015). Hábitos de alimentación de pacientes con obesidad severa. *Nutricion Hospitalaria*, 31(2). 10.3305/nh.2015.31.2.7692
- Reséndiz, Eunice., Rocher, Martha Elia Y Aguilera Paulina. (2010). *Estilo de vida e índice de masa corporal de una población de adultos 45 del sur de Tamaulipas*, México. Aquichán vol.10 no.3 Bogotá Sept./Dec.
- Reyna, N., Moreno, R., Mendoza, L., Urdaneta, A., Artigas, C., Reyna, E., & Martos, F.C. (2015). La merienda con elevada proteína de lactosuero mejora el nivel de saciedad y disminuye el apetito en mujeres sanas. *Nutricion Hospitalaria*, 32(n04), 1624-1628.10.3305/nh.2015.32.4.9405

- Rodríguez Martín, A., Novalbos, J. P., Martínez, J. M., Escobar, L. (2009). Life style factors associated with overweight and obesity among Spanish adults. *Nutr Hosp*; 24: 144-151.
- Rodríguez, A., González, B. (2009). El trasfondo económico de las intervenciones sanitarias en la prevención de la obesidad. *Rev Esp Salud Pública*. 83(1): 25-41.
- Rodríguez, N., Aráuz, A., Meza, N., Roselló, M. (1992). *La dieta como factor de riesgo de la enfermedad cardiovascular en habitantes del área metropolitana*. San José, Costa Rica. *Arch Latinoamer Nutr*.41(3): 350-362.
- Rodríguez, T. M. (2010). *Estrés Laboral*. En T. M. Rodríguez, *Estrés Laboral*. ISBN.
- Rodríguez-Montero, A., Ureña-Bonilla, P., Blanco-Romero, L., Sánchez-Ureña, B., & Salas-Cabrera, J. (2014). Indicadores antropométricos y fisiológicos de la salud en trabajadores de diferentes empresas costarricenses. *Rev. Costarric. Salud Pública*, 23(1), 25-31.
- Rolls, B.J. (2009).The relationship between dietary energy density and energy intake. *Physiol Behav*. 97: 609-615.
- Román Hernández, J. (2006) “El desencuentro entre la salud laboral y la salud de los trabajadores”, en *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 32, núm. 4. Revisado el 28 de marzo de 2008 en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3434-2006-004
- Rosabal Vitoria, N., & Rojas Arce, P. (2002). Propuesta de atención pública en la detección de los estilos de vida inadecuados (Feria de la Salud PROCESA-UNA). *Revista costarricense de salud pública*, 11(21), 6-8.
- Rosales Ricardo, Yury, & Cobos Valdes, Dailín. (2011). Diagnóstico del Síndrome de Burnout en trabajadores del Centro de Inmunología y Biopreparados. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(225), 313-318. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000400005>.
- Rosendo, Pujol. (2000) *Diferenciales entre Zonas Urbanas y Rurales de Costa Rica: Análisis estadístico de la información del Censo del 2000*.

- Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). *Síndrome de Burnout*. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.
- Salazar, N. C. (2013). *Estudio de las condiciones laborales del Laboratorio Clínico, del Área de Salud de Montes de Oro durante el año 2011*.
- Sánchez, O. (2013). Enfoque moderno de la Auditoria Interna de la Caja Costarricense de Seguro Social. <http://www.binasss.sa.cr/auditoriamoderna.pdf>
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2008). *Burnout: Thirty-five years of research and practice*. *Career Development International*, 14, 204–220.
- Schnettler, B., Peña, J. P., Mora, M., Miranda, H., Sepúlveda, J., Denegri, M., & Lobos, G. (2013). Estilos de vida en relación a la alimentación y hábitos alimentarios dentro y fuera del hogar en la Región Metropolitana de Santiago, Chile. *Nutrición Hospitalaria*, 28(4), 1266-1273.
- Schulte, P., Wagner G., Ostry A., Blanciforti L., et al (2007). *American Journal of Public Health*; ABI/Inform global. pags 428-436.
- Secretaría de Salud. (2013). “Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes”.México.
- Sequeira, Ma. Paola. (2012). Evaluación antropométrica y educación nutricional a los conductores de autobús con sobrepeso y obesidad. *Rev. costarric. Salud Pública*, San José, v. 21, n. 2, p. 70-75. Available from <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292012000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Mar. 2017.
- Shang, XW., Liu, AL., Zhang, Q., Hu, XQ., Du, SM., Ma, J., et al. (2012). Report on Childhood Obesity in China: Sugar-sweetened Beverages Consumption and Obesity. *Biomed. Environ. Sci.*25(2):125-32. <http://doi.org/bf7r>.
- Shaw, K., Gennat, H., O'Rourke, P., Del Mar, C. (2006) Exercise for overweight or obesity . *Cochrane Database Syst Rev*. 18;(4):CD003817.

- Silvestrini, M., (2008). *Fuentes de información primaria, secundaria y terciaria*. Recuperado en <http://ponce.inter.edu/cai/manuales/FUENTES-PRIMARIA.pdf>
- Sobal, J., Stunkard, J. (1989). Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychol Bull.* 105 (2).
- Swinburn, B A., Sacks, G., Hall, K D., McPherson, K., Finegood, D T., Moodie, M L, et al. (2011) "The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments". *Lancet*; 378:804-14.
- Swinburn, B. A., Caterson, I., Seidell, J. C. y James W. P. T. (2004). Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. *Public Health Nutrition*, 7(1A), 123-146.
- Temporelli. (2016). *Revista de Salud Pública*. Jul/Aug2016, Vol 18 Issue 4, 2016.
- Test estrés laboral., (2015). Recuperado de http://www.depresion.psicomag.com/test_estres_laboral.p
- Tsenkova, V. Morozin, J. Ryff. C., (2013) Stress eating and health. Findings from MIDUS, a national study of US adults. *Appetite*. 2013;69:151-155. [doi:10.1016/j.appet.2013.05.020](https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.05.020)
- Umaña, A. (2007). Relación entre estilos de vida y condición de salud de los profesionales en enfermería, Hospital de Guápiles. *Revista de Enfermería en Costa Rica.*; 28(1):5-11
- UNESCO. (1999). *Educación para la salud: Promoción y educación para la salud*. ISBN 92 820 3066-0
- Ureña, P. (2008). Calidad de vida, sentido de coherencia y niveles de sedentarismo en académicos y administrativos del Campus Presbítero Benjamín Nuñez, UNA. *RevistaMHSalud*, 5 (2). Accesado el 23 de febrero del 2010 desde http://www.una.ac.cr/mhsalud/documents/PedroUren_aCalidaddevida-rev-resmabs.pdf

- Urrego, B. E., Trujillo, D. A., García, B. S., & Gómez, C. A. (2013). *Obesidad, depresión, alcoholismo, estrés laboral y nivel de actividad física en una población laboral en el área de la salud de la ciudad de Medellín en el año 2009*(Doctoral dissertation).
- Van Kleef, E., Van Trijp, J., Van D en Borne, C., Zonder van, C. (2012) Successful development of satiety enhancing food products: towards a multidisciplinary agenda of research challenges. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 5 2: 611-628.
- Vandevijvere, S., Lachat, C., Kolsteren, P., Van Oyen, H. (2009). *Eating out of home in Belgium: current situation and policy implications.*102: 921-8.
- Vega, S. (2014). *Alimentación en operarios de una fábrica pesquera.* Universidad Fasta. Mar de Plata, Argentina.
- Veldhorst, MA., Westerterp, KR., van Vught , AJ., Westerterp, MS. (2010). Presence or absence of carbohydrates and the proportion of fat in a high-protein diet affect appetite suppression but not energy expenditure in normal weight human subjects fed in energy balance. *Br J Nutr.* 1 0 4: 1395-1405.
- Vieco Gómez, G. F., & Abello Llanos, R. (2014). Factores Psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad alrededor del mundo. *Psicología desde el Caribe,* 31(2), 354-385.
- Villarreal Ramírez, S. M. (2003). Prevalencia de la obesidad, patologías crónicas no transmisibles asociadas y su relación con el estrés, hábitos alimentarios y actividad física en los trabajadores del Hospital de la Anexión. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social,*11(1), 83-96.
- Vindel, A. y Tobal, M. (1995). *Dr. Cano, en La naturaleza del estrés,* Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés. <http://pendientedemigracion.ucm.es>
- Wang, J., Thornton, J., Bari, S., Williamson, B., Gallagher, D., Heymsfield, S., et al. (2003). Comparisons of waist circumferences measured at 4 sites. *Am J Clin Nutr,* 77:379-84.
- Wanjek, C. (2008). La Alimentación en el trabajo: Una inversión rentable. *Food at Work.* Montevideo Uruguay. [En línea]. Recuperado el 25 de marzo, 2012. Disponibilidad en: http://www.christopherwanjek.com/Site/Food_at_Work.html.

- Waterhouse, Debra. (1994). Why Women Have a Harder Time Losing Weight Than Men. *MEGA Magazine Articles*. Disponible en: <http://www.tinajuanfitness.info/articles/051005.htm>. Última visita: 23 de noviembre de 2010.
- Weisburges, J. (1991). Nutritional approach to cancer prevention with emphasis on vitamins, antioxidants and carotenoides. *Am J Clin*. 53: 194-200.
- WHO. (2015). *Alimentación Sana*. Nota descriptiva N° 394 Septiembre de 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
- Witriw A.M., Guastavino, P. (2015). *Evaluación Nutricional. En: Fundamentos y Estrategias en Soporte Nutricional*. Facultad de Medicina, Carrera de Nutrición. <http://www.fmed.uba.ar/depto/nutrievaluacion/2015/evaluacion.pdf>
- World Health Organization. (2003) .Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. *WHO Technical Report Series*, No. 916.
- World Health Organization. (2012). *Guideline: Sodium intake for adults and children*. Geneva: *Guideline: Sugars intake for adults and children*. Geneva: World Health Organization; 2015.
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020*. Geneva.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva.
- World Health Organization. (2014). *Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition*. Geneva.
- Yamasaki, M., (2004). *Tofu Vida Natural*. Madrid España (pág. 123-126)662006000400017&lng=es&nrm=is

ANEXOS

Cuestionario de Maslach para medir nivel de estrés laboral.

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

Participante _____

CARRERA DE NUTRICIÓN

FECHA: _____

EVALUACIÓN NUTRICIONAL DIRIGIDA A PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN ACERCA DE LA INFLUENCIA DEL ESTRÉS LABORAL EN LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS TRABAJADORES DE AUDITORÍA INTERNA DE LA CCSS.

Investigadora: Yansel Espinoza Rojas.

Instrucciones

Marque con una x en la casilla correspondiente.

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.

() Nunca () Pocas veces al año o menos () Una vez al mes o menos

() Unas pocas veces al mes o menos () Una vez a la semana

() Pocas veces a la semana () Todos los días

2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.

() Nunca () Pocas veces al año o menos. () Una vez al mes o menos

() Unas pocas veces al mes o menos () Una vez a la semana

() Pocas veces a la semana () Todos los días

3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.

Nunca Pocas veces al año o menos. Una vez al mes o menos

Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana

Pocas veces a la semana Todos los días

4. Comprendo fácilmente como se sienten los clientes.

Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos

Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana

Pocas veces a la semana Todos los días

5. Trato a algunos clientes como si fueran objetos impersonales.

Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos

Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana

Pocas veces a la semana Todos los días

6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.

Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos

Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana

Pocas veces a la semana Todos los días

7. Trato muy eficazmente los problemas de los clientes.

Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos

Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana

Pocas veces a la semana Todos los días

8. Me siento "agotado" o "estresado" por mi trabajo.

Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos

Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana

Pocas veces a la semana Todos los días

9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.
- Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana Todos los días
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
- Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana Todos los días
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
- Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana Todos los días
12. Me siento muy activo.
- Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana Todos los días
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
- Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana Todos los días
14. Creo que estoy trabajando demasiado.
- Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana Todos los días

15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis clientes.

- Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos
 Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana
 Pocas veces a la semana Todos los días

16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.

- Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos
 Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana
 Pocas veces a la semana Todos los días

17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis clientes.

- Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos
 Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana
 Pocas veces a la semana Todos los días

18. Me siento animado después de trabajar con mis clientes.

- Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos
 Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana
 Pocas veces a la semana Todos los días

19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.

- Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos
 Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana
 Pocas veces a la semana Todos los días

20. Me siento acabado o agotado.

- Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos
 Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana
 Pocas veces a la semana Todos los días

21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.

Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos

Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana

Pocas veces a la semana Todos los días

22. Siento que los clientes me culpan por alguno de sus problemas.

Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes o menos

Unas pocas veces al mes o menos Una vez a la semana

Pocas veces a la semana Todos los días Escala de Medición

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Total de Puntos _____

Basado en el cuestionario en escala de Maslach de 1986, que de forma autoaplicada mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los demás.

Extraído de la dirección:

http://www.depresion.psicomag.com/test_estres_laboral.p

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE NUTRICIÓN

FECHA: _____

**EVALUACIÓN NUTRICIONAL DIRIGIDA A PARTICIPANTES EN LA
INVESTIGACIÓN ACERCA DE LA INFLUENCIA DEL ESTRÉS LABORAL EN LOS
HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS TRABAJADORES
DE AUDITORÍA INTERNA DE LA CCSS.**

Investigadora: Yansel Espinoza Rojas.

Instrucciones: El siguiente cuestionario corresponde a una evaluación nutricional que será aplicado por la investigadora a cargo.

1. Datos Personales

Participante # _____

Edad: _____

Sexo: _____

Lugar de Residencia: _____ Escolaridad _____

Estado Civil _____ Ocupación _____

Nivel de Ingresos

Menor de 300 mil () Mayor de 500 mil colones ()

Entre 300 mil y 500 mil colones ()

2. Evaluación Antropométrica

Indicador	Datos 1° medición	Datos 2° medición	Datos 3° medición
Peso corporal	Kg	Kg	Kg
Talla	cm	cm	cm
IMC	Kg/m	Kg/m	Kg/m
Circunf Abdominal	cm	cm	cm

Evaluación Clínica

Antecedentes Patológicos Personales:

Patología	Sí	Patología	Sí
Cáncer		Enfermedad respiratoria	
Diabetes		Hipertensión	
Dislipidemia		Problemas de tiroides	
Enfermedad cardiovascular		Obesidad	
Enfermedad renal		Otro: _____	

Hábitos alimentarios.

1. ¿Qué tiempos de comida o comida realiza en el día?

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
Desayuno					
Merienda Mañana					
Almuerzo					

Merienda Tarde					
Cena					

3) ¿Respetas los horarios de las comidas?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

4) ¿Cuándo se siente ansioso pica entre comidas durante la jornada laboral?

No

Sí En caso afirmativo, ¿qué alimentos consume principalmente?

Pan Galletas Snacks de paquetitos Repostería

Chocolates Golosinas Otros:

5) ¿Con qué frecuencia realiza comidas que no son preparadas en el hogar?

- Todos los días
- 5 ó 6 veces/semana
- 3 ó 4 veces/semana
- 1 ó 2 veces/semana
- Menos 1 vez/semana

6) ¿Cuándo le toca comer fuera, que consume generalmente?

- Comida rápida
- Comida tradicional

Algún Snack (refrescos, papitas tostadas u otros, galletas, etc.)

7) ¿Con qué frecuencia consume comidas rápidas como pollo frito, papas fritas, hamburguesas, pizzas, empanadas y otras?

Todos los días

5 ó 6 veces/semana

3 ó 4 veces/semana

1 ó 2 veces/semana

Menos 1 vez/semana

8) ¿En la mesa agrega sal a las comidas?

Sí

No

9) ¿Qué utiliza para endulzar las bebidas (café, té, frescos)?

Azúcar

Edulcorante

Nada

Otro:

10) ¿Realiza actividad física?

Sí En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?

Todos los días

5 ó 6 veces/semana

3 ó 4 veces/semana

1 ó 2 veces/semana

Menos de 1 vez/semana

No realiza

(Paz, Josefina 2015)

http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/861/2015_K_010.pdf?sequence

Frecuencia de consumo

Instrucciones: lea cuidadosamente y marque con una equis (x) en la casilla que más se identifique con su consumo usual de alimentos.

	Nunca o menos de 1 vez al mes	1-3 al mes	1 a la semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 al día	2-3 al día	4-5 al día	6 + al día
Lácteos									
Leche descremada									
Leche semidescremada									
Leche entera									
Natilla									
Leche agria									
Helado									
Yogurt									
Queso tierno (Turrialba)									
Queso crema									
Otros quesos (parmesano, cheddar, mozzarella)									
Margarina									
Mantequilla									
Frutas									

Azúcar									
Palomitas de maíz									
Mayonesa									
Mantequilla de maní									
Sal									
Aceite									


Manual de Instrumentos de Evaluación Dietética del INCAP (2006).

http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones/doc_view/77-manual-de-instrumentos-de-evaluacion-dietetica



DECLARACIÓN JURADA

Yo Yansel Tatiana Espinoza Rojas, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 40-0194-0198 egresado de la carrera de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en Nutrición, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: Influencia del estrés laboral en los hábitos alimentarios y estado nutricional de los trabajadores del Departamento de Auditoría Interna de la CCSS San José Costa Rica, Mayo-Octubre 2016, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. en fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los veinte días del mes de febrero del año dos mil diecisiete.


4-0194-0198
Firma del estudiante
Cédula

San José, 20 de febrero del 2017

Departamento de Registro
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

Estimados señores:

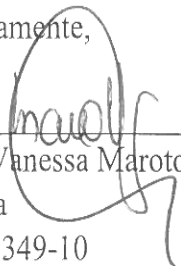
La estudiante Yansel Espinoza Rojas, cédula de identidad número 401940198, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado *“Influencia del estrés laboral en los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los trabajadores del Departamento de Auditoría Interna de la CCSS, San José, Costa Rica, 2016”* el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Nutrición. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	5
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	25
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	10
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL	100	70

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

Atentamente,



Dra, Vanessa Maroto Vargas
Tutora
CPN: 349-10

San José, 22 de abril, 2017

Señores

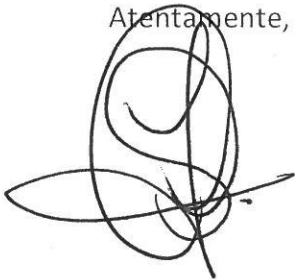
Universidad Hispanoamericana

Sede Aranjuez

Estimados Señores

Como docente universitaria y en calidad de lectora de la Tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Nutrición, titulada: **“INFLUENCIA DEL ESTRÉS LABORAL EN LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS TRABAJADORES DEL DEPARTAMENTO AUDITORÍA INTERNA DE LA CCSS SAN JOSÉ, COSTA RICA 2016.”** a cargo de la estudiante Yansel Espinoza Rojas; hago constar que he revisado y aprobado el documento, según los lineamientos académicos de la Universidad Hispanoamericana, para ser presentado como requisito final de graduación.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the left.

Dra. Ingrid Cerna Solís. Nutricionista

CPN-Cód: 248-10

Profesora Universidad Hispanoamericana

Sede Aranjuez/Heredia

LICDA. ELVIA FERNÁNDEZ MORALES
FILÓLOGA UCR
SAN RAMÓN, ALAJUELA TEL. 2-447 1581 8-825- 3794
elviafz@gmail.com
C.2312338 COL. LIC. Y PROF

CONSTANCIA DE REVISIÓN FILOLÓGICA DE TESIS

La suscrita, Licenciada en Filología Española, ELVIA FERNÁNDEZ MORALES, hace constar que efectuó la revisión filológica del documento denominado, **INFLUENCIA DEL ESTRÉS LABORAL EN LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS TRABAJADORES DEL DEPARTAMENTO AUDITORÍA INTERNA DE LA CCSS, SAN JOSÉ, COSTA RICA, 2016**. Este consiste en un INFORME DEL TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR TÍTULO DE LICENCIATURA EN NUTRICIÓN DE LA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA. LA POSTULANTE ES YANSEL ESPINOZA ROJAS.

Al respecto, indica que luego de efectuadas las correcciones necesarias, dicho documento se encuentra listo para su presentación y disertación, pues se ajusta a las normas gramaticales y ortográficas establecidas y a la modalidad de discurso, correspondiente a su especialidad.

Dado en San Ramón, Alajuela, Costa Rica, el dos de mayo de dos mil diecisiete, a solicitud de la interesada y para los efectos administrativos pertinentes.



CC/Archivo


Licda. Elvia Fernández Morales
Carné COLYPRO 2312338