

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
NUTRICIÓN

Tesis para optar por el grado académico de
licenciatura

RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y
PREVALENCIA DE ENFERMEDADES
CRÓNICAS EN PERSONAS CON INGESTA
DE ALCOHOL ALTA, MODERADA Y SIN
CONSUMO DE ALCOHOL EN EDADES
ENTRE 25 Y 50 AÑOS EN EL CANTÓN DE
PÉREZ ZELEDÓN, 2019

ANA BELÉN ABARCA NAVARRO

Diciembre, 2019.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	7
CAPÍTULO I.....	4
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.1.1 Antecedentes.....	5
1.1.1 Delimitación del problema.....	9
1.1.2 Justificación.....	9
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.2.1 Pregunta de investigación.....	10
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.3.1 Objetivo general.....	10
1.3.2 Objetivos específicos.....	10
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.4.1 Alcances de la investigación.....	11
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	12
CAPITULO II.....	13
MARCO TEÓRICO.....	13
2.1 MARCO TEÓRICO.....	14
2.1.1 Etapa adulta.....	14
2.1.2 Consumo de alcohol.....	14
2.1.3 Estado nutricional.....	18
2.1.4 Dietética.....	20
2.1.5 Enfermedades crónicas no transmisibles.....	23
2.1.6 Ejercicio físico.....	27
CAPITULO III.....	29
MARCO METODOLÓGICO.....	29
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN:.....	30
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	30
3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	30
3.3.1 Población.....	30
3.3.2 Muestra.....	30

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión:	31
3.4 INSTRUMENTO	31
3.4.1 Validez del instrumento	32
3.4.2 Confiabilidad del instrumento	32
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	33
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	33
3.7 PLAN PILOTO	38
CAPITULO IV	39
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	39
4.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, ENFERMEDADES CRÓNICAS PRESENTES, CARACTERÍSTICAS DE CONSUMO DE ALCOHOL Y ESTADO NUTRICIONAL.	40
4.2 EVALUACIÓN DIETÉTICA	56
4.3 RELACIÓN DE VARIABLES	68
CAPÍTULO V	70
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	70
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	71
CAPÍTULO VI	80
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	80
6.1 CONCLUSIONES	81
6.2 RECOMENDACIONES	82
BIBLIOGRAFÍA	83
ANEXOS	92
ANEXO 1. DECLARACIÓN JURADA	93
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	94
CONSENTIMIENTO	96
ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	97
ANEXO 4. RESULTADOS DE PLAN PILOTO	103
ANEXO 5. CARTA DEL TUTOR	107
ANEXO 6. CARTA DEL LECTOR	108
ANEXO 7. CARTA DEL FILOLOGO	109

TABLA DE FIGURAS

Figura N°1 Clasificación de la población estudiada según su consumo de alcohol: nulo, moderado y alto,, Pérez Zeledón, 2019.	40
Figura N°2 Distribución de las personas por edad y según su consumo de alcohol: nulo, moderado y alto, Pérez Zeledón 2019.	41
Figura N°3 Distribución de la población por sexo y según su consumo de alcohol: nulo, moderado y alto, Pérez Zeledón 2019.	42
Figura N°4 Clasificación de las personas por su consumo de alcohol: nulo, moderado y alto y según escolaridad, Pérez Zeledón 2019.	43
Figura N°5 Total de enfermedades crónicas no transmisibles presentes en la población estudiada, Pérez Zeledón, 2019.	44
Figura N°6 Clasificación de la población por su consumo de alcohol: nulo, moderado y alto y según presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, Pérez Zeledón, 2019.	45
Figura N°7 Clasificación de la población según su consumo de alcohol: nulo, moderado y alto, y según estado nutricional, Pérez Zeledón, 2019.	46
Figura N°8 Clasificación de la población según consumo de alcohol: nulo, moderado y alto, y según uso de medicación en presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, Pérez Zeledón, 2019.	47
Figura N°9 Distribución de la cantidad de bebidas por ocasión de las personas con consumo moderado de alcohol, Pérez Zeledón, 2019.	48
FiguraN°10 Cantidad de bebidas consumidas por semana en personas con consumo alto de alcohol, Pérez Zeledón 2019.	49
Figura N°11 Tipo de bebida alcohólica preferida por la población estudiada, según consumo de alcohol: moderado y alto, Pérez Zeledón, 2019.	50
Figura N°12 Clasificación de la población estudiada por consumo de alcohol: nulo, moderado y alto y según frecuencia y duración de actividad física, Pérez Zeledón, 2019.	51
Figura N°13 Clasificación de la población según consumo de alcohol: moderado y alto y según preferencia de consumo de alimentos con las bebidas alcohólicas, Pérez Zeledón, 2019.	52
Figura N°14 Alimentos preferidos por la población estudiada para acompañar las bebidas alcohólicas, Pérez Zeledón, 2019.	53
Figura N°15 Clasificación de la población por sexo y riesgo cardiovascular según consumo de alcohol: nulo, moderado y alto, Pérez Zeledón, 2019.	54
Figura N°16 Clasificación de la población por sexo y porcentaje de grasa según consumo de alcohol: nulo, moderado y alto, Pérez Zeledón, 2019.	55

TABLA DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación del índice de masa corporal.....	18
Tabla 2 Clasificación del porcentaje de grasa.....	20
Tabla 3 Criterios de inclusión y exclusión.....	31
Tabla 4 Operacionalización de variables.....	34
Tabla N°5 Frecuencia de consumo de harinas, cereales, leguminosas y tubérculos en sujetos sin consumo de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.	56
Tabla N°6 Frecuencia de consumo de lácteos y sus derivados en sujetos sin consumo de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.	57
Tabla N°7 Frecuencia de consumo de galletas y repostería en sujetos sin consumo de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.....	57
Tabla N°8 Frecuencia de consumo de frutas y vegetales en sujetos sin consumo de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.....	58
Tabla N°9 Frecuencia de consumo de alimentos fuentes de proteínas en sujetos sin consumo de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.	59
Tabla N°10 Frecuencia de consumo de alimentos fuentes de grasas en sujetos sin consumo de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.	59
Tabla N°11 Frecuencia de consumo de comida rápida en sujetos sin consumo de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.....	60
Tabla N°12 Frecuencia de consumo de azúcar en sujetos sin consumo de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.....	60
Tabla N°13 Frecuencia de consumo de lácteos y sus derivados en sujetos con consumo moderado de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.....	61
Tabla N°14 Frecuencia de consumo de galletas y repostería en sujetos con consumo moderado de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.....	62
Tabla N°15 Frecuencia de consumo de frutas y vegetales sujetos con consumo moderado de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.	62
Tabla N°16 Frecuencia de consumo de verduras en sujetos con consumo moderado de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.	62
Tabla N°17 Frecuencia de consumo de alimentos fuentes de proteína en sujetos con consumo moderado de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.....	63
Tabla N°18 Frecuencia de consumo de alimentos fuentes de grasa en sujetos con consumo moderado de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.....	63
Tabla N°19 Frecuencia de consumo de comida rápida en sujetos con consumo moderado de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.	64
Tabla N°20 Frecuencia de consumo de azúcar en sujetos con consumo moderado de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.	64
Tabla N°21 Frecuencia de consumo de harinas, cereales, leguminosas y tubérculos en sujetos con consumo alto de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.....	65
Tabla N°22 Frecuencia de consumo de lácteos y sus derivados en sujetos con consumo alto de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.	65
Tabla N°23 Frecuencia de consumo de galletas y repostería en sujetos con consumo alto de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.	66

Tabla N°24 Frecuencia de consumo de frutas y vegetales en sujetos con consumo alto de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.	66
Tabla N°25 Frecuencia de consumo de verduras en sujetos con consumo alto de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.	66
Tabla N°26 Frecuencia de consumo de alimentos fuentes de proteína en sujetos con consumo alto de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.	67
Tabla N°27 Frecuencia de consumo de alimentos fuentes de grasa en sujetos con consumo alto de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.	67
Tabla N°28 Frecuencia de consumo de comida rápida en sujetos con consumo alto de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.	68
Tabla N°29 Frecuencia de consumo de azúcar en sujetos con consumo alto de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.	68
Tabla N°30 Relación entre estado nutricional y Consumo de alcohol (sin consumo de alcohol y consumo de alcohol moderado y alto).....	68
Tabla N°31 Relación entre Estado nutricional y Enfermedades crónicas según tipo de bebedor	69
Tabla N°32 Relación entre el consumo de alcohol y enfermedades crónicas.....	69
Tabla 33 Resumen de las características de la población según consumo de alcohol.....	71

RESUMEN

Introducción: El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de morbilidad tanto como mortalidad, con lo que afecta no sólo a una persona, sino que se ven afectadas terceras personas. El etanol, compuesto de las bebidas alcohólicas, altera el funcionamiento de la mucosa intestinal y en algunos casos interfiere en el metabolismo, su efecto es la reducción en la absorción y el metabolismo de la tiamina, así como la absorción de la biotina, vitamina B₆, vitamina B₉ y la cobalamina. Sin embargo, el estado nutricional no se ve afectado por el consumo regular de alcohol, sino cuando hay cantidades excesivas del mismo y el tipo de alcohol consumido y va de la mano de la elección y cantidad de alimentos consumidos.

Objetivo general: Relacionar el estado nutricional y la prevalencia de enfermedades crónicas de personas con ingesta de alcohol alta, moderada y sin consumo de alcohol en edades entre 25 y 50 años de edad en el cantón de Pérez Zeledón, 2019.

Metodología: Estudio de tipo correlacional, de enfoque cuantitativo y con un diseño no experimental transversal. Se utiliza una muestra de 96 personas adultas de área de Pérez Zeledón, se realiza una encuesta que cuenta de tres apartados: datos sociodemográficos, presencia de enfermedades crónicas y características del consumo de alcohol, estado nutricional y además una evaluación dietética.

Resultados: 40% de las personas consumen bebidas alcohólicas de manera moderada y 17% consume cantidades altas de alcohol. La mayoría de personas no presentan ninguna enfermedad crónica. En la población sin consumo de alcohol prevalece estado nutricional normal, en cuanto a la población que consume alcohol moderadamente el estado nutricional que prevalece es sobrepeso.

Discusión: Existe una clara relación entre los factores de riesgo (obesidad, inactividad física, consumo de alcohol y tabaco...) y los estilos de vida, que contribuyen a modificar el estado nutricional, los cuales se asocian a las enfermedades cardiovasculares, patología que actualmente es la principal causa de muerte en personas adultas

Es así, como el consumo de alcohol al igual que la cantidad y calidad de la ingesta dietética son factores de riesgo para modificar o alterar el estado nutricional. La

evidencia científica disponible indica que el efecto del alcohol sobre el peso corporal depende de la cantidad ingerida. Un consumo de leve a moderado de alcohol no se asocia con aumento de peso ni de obesidad abdominal, sin embargo, desde aproximadamente 1915 se describió que la relación entre el consumo de alcohol y la hipertensión arterial es realmente llamativa ya que la prevalencia de la hipertensión se triplicaba

Conclusiones: No hay una relación entre la cantidad de alcohol que consume una persona con el estado nutricional, es negativa también la relación con la prevalencia de enfermedades crónicas. Sin embargo, el consumo de alcohol si es un fuerte factor de riesgo para el deterioro de la salud, ya que existen distintos factores que modifican el estado nutricional de una persona lo que puede contribuir a desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles.

Palabras claves: Estado nutricional, consumo de alcohol, enfermedades crónicas no transmisibles.

ABSTRACT

Introduction: Alcohol consumption is a causal factor in more than 200 diseases and disorders. It is associated with the risk of developing morbidity problems as well as mortality, thus affecting not only one person, but third persons are affected. Ethanol, composed of alcoholic beverages, alters the functioning of the intestinal mucosa and in some cases interferes with the metabolism, its effect is the reduction in the absorption and metabolism of thiamine, as well as the absorption of biotin, vitamin B6, vitamin B9 and cobalamin. The nutritional status is not affected by regular alcohol consumption, but when there are excessive amounts of alcohol and the type of alcohol consumed and goes hand in hand with the choice and quantity of food consumed.

Objective: Relate the nutritional status and prevalence of chronic diseases of people with high, moderate alcohol intake and no alcohol consumption in ages between 25 and 50 years old in the canton of Pérez Zeledón, 2019.

Methodology: Correlational type study, quantitative approach and with a non-experimental transversal design. A sample of 96 adults from Pérez Zeledón area is used, a survey is carried out that has three sections: sociodemographic data, presence of chronic diseases and characteristics of alcohol consumption, nutritional status and also a dietary evaluation.

Results: 40% of people consume alcoholic beverages moderately and 17% consume high amounts of alcohol. Most people do not have any chronic disease. In the population with no alcohol consumption normal nutritional status prevails, as for the population that consumes alcohol moderately the nutritional status that prevails is overweight.

Discussion: There is a clear relationship between risk factors (obesity, physical inactivity, alcohol and tobacco consumption ...) and lifestyles, which contribute to changing nutritional status, which are associated with cardiovascular diseases, a pathology that is currently the leading cause of death in adults

Thus, alcohol consumption as well as the quantity and quality of dietary intake are risk factors to modify or alter the nutritional status. The available scientific evidence indicates that the effect of alcohol on body weight depends on the amount ingested. A mild to

moderate consumption of alcohol is not associated with weight gain or abdominal obesity, however since about 1915 it was described that the relationship between alcohol consumption and high blood pressure is really striking since the prevalence of hypertension is tripled

Conclusions: There is no relationship between the amount of alcohol consumed by a person with nutritional status, and the relationship with the prevalence of chronic diseases is also negative. However, alcohol consumption is a strong risk factor for the deterioration of health, and that there are different factors that modify the nutritional status of a person which can contribute to developing chronic non-communicable diseases.

Key words: Nutritional status, alcohol consumption, chronic noncommunicable diseases.

CAPÍTULO I
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes

Antes de la era moderna, las bebidas alcohólicas fermentadas se consumían por tradición y se producían en pequeña escala como actividad doméstica o artesanal. Por lo tanto, beber alcohol era una actividad ocasional y comunitaria asociada con festivales particulares. (Mendez-Ruiz, Guzmán-Ramírez, Ahumada-Cortez, Guadalupe Yáñez-Castillo, & Rosalina Medina-Briones, 2017)

Posteriormente, se comenzaron a producir nuevas bebidas, con el surgimiento de la industrialización moderna. Conforme el alcohol empezó a estar más disponible en la sociedad, las bebidas alcohólicas se convirtieron en un producto de mercado disponible en todas las estaciones del año y durante cualquier momento de la semana. (Mendez-Ruiz et al., 2017)

De la mano del aumento del consumo de alcohol, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se han convertido en una epidemia relacionada con los estilos de vida no saludables en las últimas décadas. (Raya, Aguirre, Vargas, & Andrade, 2017)

Más de 36 millones de personas mueren cada año por las ECNT, incluidos 15 millones de personas que mueren prematuramente, entre los 30 y los 70 años de edad. (Raya et al., 2017)

Según las previsiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), si todo sigue igual, la cifra anual de muertes por enfermedades no transmisibles aumentará a 55 millones en 2030. Los conocimientos científicos demuestran que la carga de enfermedades no transmisibles se puede reducir mucho si se aplican de forma eficaz y equilibrada

intervenciones preventivas y curativas costo efectivas ya existentes. (Organización Mundial de la Salud, 2013).

La influencia del estilo de vida se refleja según las estadísticas, 82% para enfermedades cardiacas, 70% accidentes cerebrovasculares, 71% cáncer, 91% diabetes mellitus y 99% obesidad, a su vez a nivel mundial 1.13 billones de personas tienen hipertensión arterial, cerca del doble de lo que sucedía en 1975. (Vargas et al., 2017)

Consecuencia del mal estilo de vida, la obesidad es una enfermedad nutricional importante en la actualidad y un factor de riesgo elevado para desarrollar ECNT. Un 23% de la población chilena mayor de 17 años presenta obesidad, al mismo tiempo que un 38% se consideran con sobrepeso. De la mano de estas estadísticas se dice que alrededor del 50% de la población chilena presentan riesgo cardiovascular alto o muy alto, ya que más que sobrepeso u obesidad, presentan mayor concentración de masa en el perímetro abdominal.(Pizarro Q, 2007)

También, en un estudio realizado en Imperial College de Londres, se analizaron las tendencias mundiales de índice de masa corporal desde 1975 hasta 2014, se incluyeron 200 países dentro de los que participó Costa Rica y muestra de 19.200.000 personas mayores de 18 años. Dentro de los resultados, el sobrepeso en Costa Rica aumentó un 44.9%, la obesidad total lo hizo en un 276.2%, mientras que la obesidad mórbida aumentó en un 1000% durante los 40 años en investigación. (Evans, M. & Pérez, J., 2016)

A raíz de las alarmantes estadísticas la Organización Panamericana de la Salud, crea la Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles para 2012-2025, la cual cuenta con cuatro líneas estratégicas:

- Dos políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT), factores de riesgo y factores protectores de las ENT.
- Respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo.
- Y vigilancia e investigación de las ENT.

Este plan propone acciones a nivel regional y nacional que aprovechan los logros y las capacidades existentes en la Región en relación con estas líneas estratégicas. (Organización Panamericana de la Salud, 2012)

Las acciones propuestas se centran en las cuatro ENT que representan la mayor carga de enfermedad en la Región: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, así como en sus cuatro factores de riesgo comunes, a saber, consumo de tabaco, régimen alimentario poco saludable, inactividad física y consumo nocivo de alcohol, lo que se resume a un inadecuado estilo de vida. (OPS, 2014)

Numerosas observaciones epidemiológicas han revelado que el nivel de la presión arterial es afectado por la ingesta de alcohol y la deficiente práctica de ejercicio físico. La restricción en el consumo de alcohol a dos tragos al día en hombres y un trago en mujeres, para aquellas personas que suelen tomar, el ejercicio aeróbico regular ha determinado una reducción de tres mmHg en la presión sistólica que puede reducir la mortalidad por infarto en un 8 % y en un 5% de la enfermedad cardiovascular. (Guadalupe & Enrique, s. f.)

En un estudio realizado a 2515 personas adultas, en Pinar del Rio, una ciudad de Cuba, se encontraron tasas altas de trastornos por consumo de alcohol con el aumento de índice de masa corporal, analizado por género mostró una mayor prevalencia de abuso de alcohol por vida y la dependencia de los hombres con sobrepeso y obesidad en relación

con los hombres de peso normal.

El artículo no hace referencia a la cantidad de alcohol para definirlo “alto”. (Paredes Díaz, Orraca Castillo, Marimón Torres, Casanova Moreno, & Véliz Martínez, 2015a)

El mismo estudio, confirmó que hay una forma de relación entre la cantidad promedio de alcohol consumido por día y el riesgo de la diabetes tipo dos que parece ser un efecto protector del consumo moderado de alcohol, especialmente entre las mujeres.(Paredes Díaz et al., 2015a)

En un estudio realizado en 19 diferentes países, los autores identificaron que, por cada 100 g de alcohol consumido por semana, el riesgo de desarrollar un accidente cerebrovascular aumenta en 14%, mientras que el riesgo para enfermedad coronaria (excluyendo infarto al miocardio) aumenta en 6%, insuficiencia cardiaca en 9%, enfermedad hipertensiva fatal en 24% y el riesgo de aneurisma aórtico fatal en 15%. Sin embargo, el consumo de 100 g de alcohol se asoció con 6% de riesgo menor de desarrollar infarto al miocardio, siendo esta la única patología para la cual el consumo de alcohol podría ser un factor protector. (Martínez et al., 2018)

Este estudio también reportó que las personas que consumen entre 100 y 200 g de alcohol por semana disminuyen su esperanza de vida en aproximadamente seis meses; los que consumen entre 200 y 350 g por semana disminuyen su esperanza de vida de uno a dos años; y los que consumen más de 350 g por semana presentan una disminución de cuatro a cinco años en su esperanza de vida. (Martínez et al., 2018)

La evidencia de las intervenciones de alimentación con alcohol a corto plazo ha demostrado que el consumo moderado de alcohol está relacionado con concentraciones más altas de colesterol de lipoproteínas de alta densidad y adiponectina, así como con

concentraciones más bajas de fibrinógeno, pero no con otros rasgos cardiovasculares intermedios como los triglicéridos. (Bell et al., 2017)

1.1.1 Delimitación del problema

Se trabaja con una muestra de 96 personas adultas entre 25 y 50 años de edad, de ambos géneros (femenino y masculino), de clase media. En el periodo de junio a diciembre del 2019, en el cantón de Pérez Zeledón.

1.1.2 Justificación

Las enfermedades crónicas no transmisibles son un alto factor de riesgo de morbilidad, en los últimos años son la principal causa de muerte a nivel mundial. Las ECNT, se derivan de distintos factores de riesgo, unos modificables y otros no modificables. Es por eso que es importante conocer cuáles son dichos factores, para poder informar a la población y prevenir las enfermedades crónicas que tanto afectan la salud a nivel mundial hoy en día.

Uno de los factores de riesgo es el alto consumo de alcohol, según (Judith E. Brown, 2014), cerca del 61% de los adultos beben alcohol y las tasas se encuentran en personas entre 25 y 44 años de edad. Este es un factor modificable y la población en general no conoce las consecuencias del consumo de este, es por dicha razón que es de suma importancia conocer el comportamiento de las enfermedades crónicas en presencia del consumo activo del alcohol.

Actualmente, los factores de riesgo de una posible enfermedad crónica están presentes en adultos jóvenes; incluso desde niños y adolescentes hay factores de riesgo ya presentes, como la obesidad y el exceso de comidas con alta carga calórica; por ende, la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles ya no tiene su aparición sólo en adultos mayores, si no que en personas en edades menores de 50 años por factores de riesgo y

malos hábitos de alimentación ya hay presencia de la enfermedad crónica. (Bustos M, Amigo C, Arteaga Ll, Acosta B, & Rona, 2003)

Además, en la etapa de 25 a 50 años, es cuando la persona es adulta y comienza responsabilidades propias y familiares, se presentan crisis de estrés, que ocurre cuando hay una sobrecarga de trabajo o situaciones que pueden alterar el comportamiento humano y presentar reacciones fisiológicas, es por esta razón que muchas personas utilizan el consumo del alcohol como una escapatoria a lo que se presenta en su vida cotidiana.(Cortes, Raygoza, & Sandoval, 2018)

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre el estado nutricional y la prevalencia de enfermedades crónicas en personas con ingesta de alcohol alta, moderada y sin consumo de alcohol en edades entre 25 y 50 años de edad en el cantón de Pérez Zeledón, 2019?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Relacionar el estado nutricional y la prevalencia de enfermedades crónicas de personas con ingesta de alcohol alta, moderada y sin consumo de alcohol en edades entre 25 y 50 años de edad en el cantón de Pérez Zeledón, 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de personas con ingesta de alcohol alta, moderada y sin consumo de alcohol en edades entre 25 y 50 años de edad en el cantón de Pérez Zeledón, 2019.
- Caracterizar a la población de acuerdo con la ingesta de alcohol mediante la aplicación de instrumento de recolección de datos.
- Determinar las enfermedades crónicas presentes en personas con ingesta de alcohol alta, moderada y sin consumo de alcohol del total de la muestra.
- Evaluar el estado nutricional de personas con ingesta de alcohol alta, moderada y sin consumo de alcohol mediante indicadores antropométricos.
- Evaluar la ingesta dietética de personas con ingesta de alcohol alta, moderada y sin consumo de alcohol mediante una frecuencia de consumo de alimentos.
- Relacionar el estado nutricional según consumo de alcohol y sobriedad total.
- Relacionar presencia de enfermedades crónicas de acuerdo con la ingesta de alcohol alta, moderada y sin consumo de alcohol.
- Relacionar el estado nutricional con la morbilidad crónica y la cantidad de ingesta de alcohol.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Alcances de la investigación

La presente investigación logra responder todos los objetivos específicos planteados, sin embargo, no se encuentren más allá de lo establecido.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

La presente investigación no tiene ninguna limitación según lo planeado y establecido dentro de la misma.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Etapa adulta

La adultez representa el período que se sitúa entre el crecimiento y desarrollo de fases como la niñez y la adolescencia y las fases del adulto mayor. En este periodo de vida es un tiempo en el que la dieta, la actividad física, el consumo de alcohol y un peso saludable influyen de gran manera sobre futuras etapas en temas de salud y bienestar físico.(Brown, 2014)

En esta etapa los hábitos alimentarios y el estilo de vida ya están definidos, sin embargo, pueden ser modificados de acuerdo con el entorno social. Además, es el tiempo en el cual más se desarrollan los principales factores de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas.(INCAP, s. f.)

2.1.2 Consumo de alcohol

El consumo de alcohol, en la actualidad es muy común y se utiliza en actividades sociales principalmente de festejo. Es una sustancia lícita para personas mayores de 18 años en Costa Rica, y en algunos países hasta 21 años de edad. Aun siendo una sustancia permitida, no significa que no pueda llegar a ocasionar consecuencias en caso del abuso de esta. El consumo de riesgo es cuando se ingiere más de lo que el cuerpo puede digerir, así aumenta consecuencias adversas para la salud. (Anderson, Gual, Colon, 2008)

La Organización Mundial de la Salud en 2014, describe ese riesgo como el consumo regular de 20 a 40 gramos por ocasión de alcohol en mujeres y de 40 a 60 gramos en hombres.

El consumo excesivo que puede resultar particularmente dañino para la salud, implica el consumo de al menos 60 gramos de alcohol en una sola ocasión.

Las pautas del consumo de alcohol varían de acuerdo con las políticas de cada país, por ejemplo, en Francia e Italia tienen los mayores niveles, tres a cinco copas por día para varones y de dos a tres copas para mujeres. En Canadá, son siete copas por semana para ambos géneros y Gran Bretaña de una a dos copas por día en hombres y mujeres. (Monteiro & Pan American Health Organization, 2008)

Según The National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2016, el consumo de alcohol se clasifica de la siguiente manera:

*Atracón de alcohol: En mujeres, cuatro o más tragos consumidos por ocasión, en hombres cinco.

*Beber demasiado: En mujeres, ocho o más tragos a la semana, en hombres 15 tragos.

Lo anterior tomando en cuenta que un trago equivale a una cerveza de 12 onzas o 340 ml al 5%. Cidra, cinco onzas o 140 ml al 6%, cinco onzas o 140 ml de vino al 12% y 1,5 onzas o 45 ml de licor destilado (whisky, ron, vodka) al 40% de alcohol. (NCCDPHP, 2016). Estas medidas son estándar para toda la población adulta sana.

En Costa Rica las guías se basan en recomendaciones de un comité organizacional de expertos, dentro del cual formaba parte la investigadora principal de Educalcohol (una asociación independiente fundada en Quebec en 1989), con participación de Costa Rica desde el año 2012, la misma busca educar a la sociedad para transformar la cultura en relación con el uso de las bebidas alcohólicas; dichas guías han sido revisadas y examinadas por numerosos expertos en el tema. (Educalcohol, s.f)

De acuerdo con los expertos en Costa Rica los niveles de consumo recomendados para mujeres adultas sanas son dos bebidas al día o un máximo de diez bebidas a la semana y para los hombres adultos sanos tres bebidas al día y un límite de quince bebidas a la semana. (Edualcohol, s.f)

La diferencia entre la cantidad de alcohol recomendada para hombres y para mujeres varia ya que en promedio las mujeres tienen un peso inferior a los hombres y las personas que pesan menos alcanzan tasas de alcoholemia más elevadas, por su composición corporal. (Santiago Evora, 2017)

A su vez, q las mujeres digieren el alcohol de una manera diferente al hombre por la cantidad de agua disponible en su organismo, ya que por su fisiología la mujer posee mayores cantidades de grasa corporal. Además, los hombres poseen mayor cantidad de la enzima acetaldehído deshidrogenasa en la mucosa gástrica que ayuda a metabolizar el alcohol. (Santiago Evora, 2017)

El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de morbilidad tanto como mortalidad, afectando así no sólo a una persona, sino que se ven afectados familiares, amigos y terceras personas. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Los efectos del consumo de alcohol sobre los resultados de consecuencias crónicas y graves de las poblaciones, están determinados por dos dimensiones del consumo:

- El volumen total de alcohol consumido, cantidad de tragos por día, o cantidad de tragos por ocasión.

- Las características de la forma de beber, el solo consumir alcohol ya es un factor de riesgo para la salud, sin embargo, cuando se le añaden distintas variables, se aumenta el riesgo, por ejemplo, la comida con la que se acompaña el consumo de alcohol también es relevante, la característica de la bebida, su contenido de ingredientes, entre otros.(García Betancourt et al., 2015)

El consumo de alcohol puede presentar problemas de morbilidad y de mortalidad, como lo indica el IAFA, en conjunto con instituciones como la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Consejo de Seguridad Vial (COSVI) y la Medicatura forense, la morbilidad conlleva a años de vida potenciales con discapacidad para lo que influyen los trastornos por consumo, las lesiones y los accidentes de tránsito. De otro modo, la mortalidad conlleva a años de vida potencialmente perdidos en donde (sic) son presentes las muertes y violencia inesperados o fallecidos por accidentes de tránsito. (Cortés, E. & IAFA, 2012)

El alcoholismo es una enfermedad que se sustenta en el abuso y la dependencia del alcohol. El abuso se define como el uso repetido del alcohol a pesar de sus consecuencias adversas fisiológicas, sociales y familiares.(Prospero, 2014)

El alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado un síntoma de estrés social o psicológico, o un comportamiento aprendido e inadaptado. Sin embargo, recientemente ha pasado a ser definido, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja en sí, con todas sus consecuencias, que se desarrolla a lo largo de años..(García Betancourt et al., 2015)

2.1.3 Estado nutricional

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo; el equilibrio de una buena y adecuada nutrición, y presencia de actividad física se define como un buen estado nutricional.

Para poder analizar el estado nutricional se utilizan herramientas como la antropometría que es el análisis de las medidas y proporciones del cuerpo, con estas mediciones se determina el peso y la talla de la persona estudiada, y con estos datos se calcula el índice de masa corporal, entre otras cosas. Además, con procedimientos más invasivos se puede conocer la cantidad de grasa corporal, y presencia o ausencia de sarcopenia, por ejemplo. (Ministerio de Salud, 2013)

2.1.3.1 Índice de masa corporal

El índice de masa corporal es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza para determinar el estado nutricional de acuerdo con esos dos parámetros antropométricos. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de su talla en metros. (Lopategui, 2008)

Tabla 1 Clasificación del índice de masa corporal

Clasificación	IMC (kg/m²)
Bajo Peso	<18,49
Peso Normal	18.50-24.99 Normal
Sobre Peso	25.00-29.99
Obesidad tipo I	30-34.99
Obesidad tipo II	35.00-39.99
Obesidad tipo III	>40.00

Fuente: (Lopategui, 2008)

Cuando no existe un equilibrio adecuado y el estado nutricional se ubica fuera de la normalidad, empiezan a aparecer una serie de consecuencias, por ejemplo, se puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a enfermedades inmunológicas, reducir la productividad, y un estado de sobrepeso y obesidad es un factor de riesgo elevado para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles.

También es un índice de riesgo de hipo e hipernutrición y, por tanto, de las patologías asociadas a ambas situaciones, especialmente de las enfermedades crónico-degenerativas (enfermedad cardiovascular, diabetes, algunos tipos de cáncer, etc.) (Ángeles Carbajal, 2013)

2.1.3.2 Perímetro abdominal

La Fundación Española del Corazón (FEC) en el 2014, advierte que la zona del cuerpo en la que se encuentra acumulada la grasa es un factor de riesgo cardiovascular más importante que el exceso de peso.

En función de la localización del exceso de grasa, existen dos tipos de obesidad; la llamada periférica (grasa situada en glúteos, muslos y brazos) y la central (exceso de grasa concentrada en el abdomen) esta última es la que tiene peores consecuencias para el organismo ya que tiene una estrecha relación con enfermedad cardiovascular.(Fundación Española del Corazón, 2014)

La OMS en el 2014 establece el valor máximo saludable del perímetro abdominal en 88 cm en la mujer, y para el hombre 102 cm.

2.1.3.3 Porcentaje de grasa

El porcentaje de grasa corporal se determina mediante la balanza digital FITINDEX con dispositivo de impedancia bioeléctrica. La bioimpedancia basa su medición en la

diferente resistencia que ofrece tanto el agua como los diferentes tejidos corporales al paso de una corriente eléctrica, permitiendo establecer la composición de los sujetos, en este caso porcentaje de grasa corporal.(Cardozo, Yamir, Guzmán, & Torres, 2016).

Tabla 2 Clasificación del porcentaje de grasa

Edad	Rango normal
Mujeres	
20-39 años	21-33%
40-59 años	23-34%
Hombres	
20-39 años	8-20%
40-59 años	11-21%

Fuente: (Cardozo et al., 2016).

2.1.4 Dietética

La alimentación de una persona adulta debe ser equilibrada y prudente, debe cumplir los siguientes requisitos:

*Ser sana.

*Aportar la energía y los nutrientes necesarios para cubrir las ingestas recomendadas y evitar las deficiencias nutricionales.

*Ser agradable de comer, apetecible y con una buena elaboración y presentación gastronómica pues también hay que disfrutar con la comida.

*Adecuarse a las recomendaciones actuales para ayudar a prevenir enfermedades como obesidad, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, osteoporosis, diabetes, etc.

Es decir, debe ser variada, moderada y apetecible.

Las personas necesitan suficientes alimentos para vivir y una variedad adecuada de los mismos para gozar de una buena salud. Los nutrientes son sustancias químicas presentes en los alimentos, los cuales el cuerpo utiliza para diferentes funciones que apoyan el mantenimiento y reparación de tejidos, en consecuencia, la conservación de la salud. (Judith E. Brown, 2014)

Dentro de los nutrientes se pueden mencionar tres grandes grupos de macronutrientes:

*Carbohidratos: quienes aportan energía inmediata al cuerpo.

Los granos enteros, el azúcar, verduras con almidón y las frutas son buenas fuentes de hidratos de carbono.

*Proteínas: alimentos que proporcionan al cuerpo aminoácidos que se utilizan para construir y mantener tejidos, así como huesos, enzimas y eritrocitos. Entre los ejemplos de fuentes de proteína se encuentran los alimentos de origen animal y las legumbres.

*Grasas: los aceites y las grasas desempeñan varias funciones importantes en el organismo, es por esto por lo que, aunque su concentración de calorías es más elevada, es importante mantenerlos en el consumo diario, y dentro de sus funciones se desempeñan como precursores de la síntesis de colesterol y hormonas sexuales, así como vehículos para transporte de ciertas vitaminas.

Además de lo descrito anteriormente, existen los micronutrientes que son los que el cuerpo necesita en menor medida, se habla de vitaminas que tienen diversas funciones, como participar en el metabolismo, antioxidantes, y previenen enfermedades, y también se mencionan los minerales dentro de este grupo, quienes son encargados de formar complejos estables en huesos, dientes, cartílagos y tejidos, además estimulan las

contracciones musculares y contribuyen con la respuesta nerviosa. (Salas-Salvadó, Sanjaume, Casañas, Solà, & Peláez, 2019)

El consumo de macro y micronutrientes no lo es todo, cuando se ingieren los alimentos, empieza el proceso de digestión y la biodisponibilidad del nutriente, esta es difícil de predecir debido a que depende de numerosos factores, los cuales, a su vez pueden interactuar entre ellos.

El etanol, compuesto de las bebidas alcohólicas, altera el funcionamiento de la mucosa intestinal y en algunos casos interfiere en el metabolismo, su efecto es la reducción en la absorción y el metabolismo de la tiamina, así como la absorción de la biotina, vitamina B₆, vitamina B₉ y la cobalamina. (Salas-Salvadó et al., 2019)

Algunos de los alimentos en los que se encuentran estos micronutrientes son los siguientes: la tiamina o la vitamina B₁ se encuentra en cereales, pescados y carne. La biotina o vitamina B₈ se obtiene de alimentos como lácteos, hígado, pescado, huevos y legumbres. La piridoxina o vitamina B₆ se obtiene de lácteos, mariscos y cereales integrales. La vitamina B₉ se puede encontrar en carnes principalmente rojas y hortalizas de hojas verdes La cobalamina o vitamina B₁₂ se obtiene de carnes, pollo, huevos, mariscos y derivados de lácteos.

(National Institutes of Health, 2016)

Los alimentos fuentes de las vitaminas que se ven alteradas por el consumo de alcohol pertenecen a la Canasta Básica de Costa Rica, misma que se realizó con base en la Encuesta de Ingresos y Gastos 2013, además en conjunto con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (Seminario Universidad, 2019)

El consumo de alcohol afecta el estado nutricional de las personas que lo consumen en grandes cantidades y los efectos son notables a partir de que la ingesta exceda el 15% del

total de calorías por día, y ya puede ser grave cuando se supera el 30%. En general, el efecto del alcohol sobre el estado nutricional se relaciona con el desplazamiento de los alimentos fuentes de nutrientes por bebidas que contienen alcohol con calorías “vacías” ya el contenido de una bebida alcohólica es agua, alcohol puro (etanol) y azúcares mientras que el contenido de proteínas, vitaminas y minerales son nulas en dichas bebidas. En otras palabras, las calorías procedentes del alcohol poseen menor valor biológico que las que proceden de los hidratos de carbono. (Moreno Otero & Cortés, 2008)

2.1.5 Enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como bien su nombre indican, no se transmiten de una persona a otra, son de un proceso de evolución prolongado y además no son curativas. Estas enfermedades se desarrollan a partir de varios factores, como el consumo de alcohol, tabaco, un exceso de peso, alimentación inadecuada y el sedentarismo. (Escobar & Rocio Robledo, 2010)

Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles según la Norma de Prevención de Enfermedad Crónica se encuentra: las cardiovasculares que comprenden la hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria y enfermedad vascular periférica; las enfermedades del metabolismo como la obesidad, dislipidemias, diabetes y osteoporosis; las enfermedades neoplásicas entre las cuales están el cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, cáncer de próstata, cáncer gástrico, de colon y recto; las enfermedades crónicas del pulmón que se agrupan la bronquitis, enfisema, asma y tuberculosis; las enfermedades musculo esqueléticas osteoarticulares como la artritis y osteoartrosis; las enfermedades neurológicas como los accidentes cerebrovasculares y la isquemia cerebral transitoria. (Duran, Mendoza, Moya, & Campos, 2014)

Cáncer, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias, son las más comunes dentro de este grupo y a nivel global constituyen la principal causa de muerte. (Tobar & Buss, 2018)

Estas enfermedades concitan preocupación por lo difícil que resulta su control, por ejemplo, en hipertensión arterial, en el 2010 aproximadamente 78 millones de estadounidenses eran portadores, y solo el 50% de ellos tenían un buen control. (Duran, Mendoza, Moya, & Campos, 2014)

2.1.5.1 Diabetes Mellitus (DM)

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. Cuando no hay buen control de la patología, en cuanto a medicamentos y una rigurosa alimentación, se pueden producir “picos de glicemia” bien conocidos como hiperglicemia e hipoglicemia. (aumento del azúcar en la sangre). («OMS | Diabetes», s. f.)

La diabetes tiene distintas clasificaciones, por ejemplo:

*Diabetes tipo uno se produce debido a la destrucción de las células B del páncreas que está ligada a una deficiencia absoluta de insulina.

*Diabetes tipo dos que ocurre en consecuencia a una pérdida progresiva de la secreción de insulina sobre una base de resistencia a la insulina.

*Diabetes gestacional, que en muchas ocasiones desaparece luego del parto.

*Otros tipos específicos de diabetes, debido a otras causas como MODY, enfermedades del páncreas (fibrosis quística, pancreatitis, cáncer...) (Association, 2016) (Gonzales, 2018)

Todos los tipos de diabetes pueden provocar complicaciones en muchas partes del organismo e incrementar el riesgo general de muerte prematura. Entre las posibles complicaciones se incluyen: ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas, pérdida de visión y daños neurológicos. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

Los programas de tratamiento de la diabetes se basan en la utilización de las múltiples estrategias farmacológicas y no farmacológicas dirigidas a la prevención y control de las alteraciones metabólicas y de los procesos asociados.

Los cambios en el estilo de vida son fundamentales para un buen manejo de la diabetes, un buen plan de alimentación, llevando un conteo de carbohidratos, reduciendo el consumo de calorías vacías, y disminución de las grasas saturadas contribuyen en el tratamiento acompañado de fármacos adecuados al tipo de diabetes. (Alcántara & Pérez, 2016)

2.1.5.2 Hipertensión Arterial (HTA)

Es una enfermedad que se produce por el aumento de la fuerza de presión que ejerce la sangre sobre las arterias de forma sostenida al ser bombardeada por el corazón. Cuanto más alta sea esta tensión, más esfuerzo debe realizar el corazón para bombardear sangre.

Cuanto más alta es la tensión arterial, mayor es el riesgo de daño al corazón y a los vasos sanguíneos de órganos principales como el cerebro y los riñones. La hipertensión es la causa prevenible más importante de enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebro vasculares del mundo. (Gijón-Conde et al., 2018)

Es una enfermedad silenciosa ya que durante mucho tiempo no produce síntomas, motivo por el cual también muchas personas no tratan a tiempo su patología y las consecuencias a lo largo del tiempo son más notorias.

A lo mismo (sic) que es una patología de origen multifactorial que implica factores genéticos, ambientales y conductuales relacionados con los hábitos o estilos de vida inadecuados, que muchas veces comienzan desde muy temprana edad, por ejemplo, el uso del cigarrillo y el consumo de bebidas alcohólicas.(González Sánchez et al., 2015)

Al igual que la DM el estilo de vida junto con tratamiento farmacológico son pilares fundamentales para el manejo de dichas patologías.

Para la HTA, se recomienda la dieta DASH que consiste en aumentar el consumo de frutas, vegetales y lácteos descremados, incluyendo granos enteros, pollo, pescado, semillas y reducir la ingesta de carnes rojas, grasas, y dulces con el fin de disminuir la presión arterial. Esto permite que la dieta sea rica en potasio, magnesio, calcio y fibra y reducida en grasa total, grasa saturada y colesterol. Se cree que la dieta DASH puede disminuir la presión arterial por una acción diurética facilitando la excreción renal de sodio, además como es rica en antioxidantes tiene un efecto sobre la inflamación vascular y el estrés oxidativo, aumentando no sólo la capacidad de los antioxidantes sino mejorando también el balance entre los antioxidantes y el estrés oxidativo. (Esquivel & Jiménez, 2010)

Junto con esta dieta es importante reducir el consumo de sodio, la pérdida de peso, evitar el fumado y reducir al máximo el uso de bebidas con contenido alcohólico. (Moreno Otero & Cortés, 2008)

2.1.5.3 Dislipidemia

Es la presencia de elevación normal en la concentración en la sangre de: colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y LDL, estos son sustancias lipídicas que se encuentra en mayor proporción en la sangre y responsables de muchas funciones a nivel del organismo,

pero en cantidades aumentadas, responsables de causar diversas enfermedades cardiovasculares. (Barreto & De la Cruz, 2015)

El colesterol es el precursor de otros esteroides que cumplen importantes funciones fisiológicas tales como ácidos biliares, hormonas esteroideas, vitamina D, etc. El depósito de colesterol en la pared arterial es el responsable de la formación de placas de ateroma.

La mayoría de personas que presentan dislipidemias mantienen un estilo de vida sedentario, con consumo de exceso de calorías, la obesidad y el sobrepeso son factores de riesgo importantes.

2.1.6 Ejercicio físico

Según el Ministerio de Salud cuando la actividad física es planeada, estructurada y repetida para mantener una buena salud física se puede considerar como ejercicio.

El ejercicio es parte fundamental para gozar de una buena salud, entre muchos beneficios se mencionan que se reduce la presión arterial, colabora para aumentar el colesterol HDL y disminuir el LDL, reduce la grasa corporal y aumenta el tamaño de los músculos.

Estimula la producción de insulina en pacientes diabéticos.

Realizar ejercicio físico es un factor protector contra las enfermedades crónicas no transmisibles. (Brenes, H & Ministerio de Salud, 2011)

Existen múltiples evidencias de que la actividad física constituye un elemento de suma importancia en la prevención de muchas enfermedades crónicas, según (Fernández, Moral, Piug, Vilella, & Brotons, 2019) hay alta evidencia para el control de enfermedades como resistencia a la insulina, obesidad, diabetes tipo dos e hipertensión arterial.

La guía de la Sociedad Europea de Cardiología de 2016, recomienda ejercicio aeróbico con duración de 150 minutos por semana de intensidad moderada, por ejemplo golf, tenis,

bicicleta... o bien 75 minutos por semana de ejercicios de alta intensidad como natación, correr... (Fernández et al., 2019)

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN:

El enfoque de la presente investigación es de carácter cuantitativo basado en datos de mediciones antropométricas para determinar el estado nutricional, conocer el porcentaje de grasa ya que son factores de riesgo para enfermedades crónicas, además el análisis de patologías presentes relacionadas con la cantidad de alcohol consumido junto con el tipo de alcohol que se consume y a su vez los alimentos consumidos mediante una frecuencia de consumo.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio correlacional ya que con los datos que se obtienen al realizar la investigación se relacionan las variables estudiadas.

3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

El objeto de estudio son personas procedentes de Pérez Zeledón, situado al sur del país, perteneciente a la provincia de San José, es uno de los cantones más poblados y extensos del país.

3.3.1 Población

Se desconoce la cantidad total de personas habitantes de Pérez Zeledón con las características de los criterios de inclusión.

3.3.2 Muestra

La muestra se define según muestreo probabilístico, con base en la fórmula utilizada para determinarla, está conformada por 96 personas de ambos sexos, que tienen edades entre 25 y 50 años, residentes de Pérez Zeledón.

La fórmula utilizada para la determinación de la muestra es la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 P Q}{d^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 0.5 \times 0.5}{0.10^2}$$

n= 96 personas

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión:

Tabla 3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Personas entre 25 y 50 años	Personas con presencia de cáncer
Procedentes de Pérez Zeledón	Personas con enfermedades respiratorias
	Mujeres embarazadas
	Mujeres en periodo de lactancia
	Personas con dependencia alcohólica
	Personas atletas
	Consumo de drogas

Elaboración propia, 2019

3.4 INSTRUMENTO

Para la recolección de datos, se utiliza un cuestionario, el cual consta de tres apartados.

El primero apartado corresponde al perfil sociodemográfico, enfermedades que presenta la persona, características del consumo de alcohol. La segunda parte, responde a una evaluación dietética mediante una frecuencia de consumo de alimentos. Finalmente, la tercera parte abarca la evaluación antropométrica.

Con las respuestas a las preguntas se conocerá el rango de edad de la población, el género y la escolaridad de cada persona. Se indaga sobre enfermedades crónicas presentes, características del consumo de alcohol en cuanto a cantidad, tipo de bebida alcohólica y acompañamientos alimentarios preferidos. Se analiza una amplia lista de alimentos y se da la opción de seleccionar cada cuanto consume ese alimento, en la frecuencia de consumo. Finalmente, para la toma de medidas antropométricas se utiliza un tallímetro portátil de la marca SECA, la balanza marca FITINDEX y una cinta métrica SECA.

Este instrumento es aplicado a 96 personas residentes del cantón de Pérez Zeledón.

3.4.1 Validez del instrumento

La validez y confiabilidad del instrumento se obtiene al aplicar la prueba del plan piloto con una muestra seleccionada del 10% de la muestra total, que tienen las mismas características de la población de estudio, sin embargo, para evitar distorsionar el estudio se aplica el instrumento en población procedente del Gran Área Metropolitana.

Se someten a prueba las preguntas del cuestionario para comprobar su eficacia.

3.4.2 Confiabilidad del instrumento

3.4.2.1 Tallímetro SECA 206: Se fija en la pared fácilmente, con un solo tornillo. El indicador de medida se encuentra en el tope para la cabeza y permite una fácil lectura de la altura. El indicador de medida se encuentra en el cabezal y permite una fácil lectura de la altura. La cinta está fabricada en metal que le confiere durabilidad. Medición de hasta 220 cm, división de 1mm. Peso del tallímetro 202g.

3.4.2.2 Balanza FITINDEX: Para la toma de peso y porcentaje de grasa se utiliza la balanza marca FITINDEX con 180 kg de capacidad kg en incrementos de 0,2 lb. Hecho

con plataforma de vidrio templado de alta calidad, cuatro electrodos sensibles, tecnología de paso, calibración automática, medición de sensores de alta precisión.

3.4.2.3 Cinta métrica SECA 201: Esta cinta métrica permite medir circunferencias con una precisión milimétrica. Tiene un mecanismo de alta calidad, asegura la fácil extracción de esta cinta de 205 cm y su bloqueo preciso.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño no experimental transversal, debido a que no hay manipulación de variables ni intervenciones con la población por estudiar, y las variables se obtienen en un sólo momento específico.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 4 Operacionalización de variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Describir las características sociodemográficas de las personas con ingesta de alcohol alta, moderada y sin consumo de alcohol en edades entre 25 y 50 años de edad en el cantón de Pérez Zeledón, 2019.	Características sociodemográficas.	Características sociales, económicas y culturales de la población.	Completar el instrumento de recolección de datos.	1.Edad 2. Sexo 3.Nivel de escolaridad 4.Antecedentes patológicos familiares	1. 25-35 años 35-45 años 45-50 años 2. Femenino Masculino 3. Primaria completa Primera incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Universidad completa Universidad incompleta 4.Diabetes Mellitus Hipertensión arterial Enfermedades cardiovasculares	Instrumento de recolección de datos.
Caracterizar a la población de acuerdo con la ingesta de alcohol mediante la aplicación de	Alta ingesta de alcohol.	Consumo de más de 15 bebidas por semana en hombres y	Completar el instrumento de recolección de datos.	1. Alta ingesta de alcohol.	1. Hombres >15 bebidas por semana. O > de tres bebidas por ocasión. Mujeres > 10 bebidas por semana. O > de dos bebidas por ocasión.	Instrumento de recolección de datos.

instrumento de recolección de datos.	Moderada ingesta de alcohol. Sin consumo de alcohol.	más de diez en mujeres. Menos de 15 bebidas por semana en hombres y menos de diez bebidas en mujeres. Nulo consumo de alcohol.		2. Moderada ingesta de alcohol. 3. Sin consumo de alcohol. 4. Tipo de bebida	2. Hombres <15 bebidas por semana. O < de tres bebidas por ocasión. Mujeres < 1diez bebidas por semana. O < de dos bebidas por ocasión. 3. Consumo nulo de alcohol. 4. Cerveza Vino Licor destilado (whiskey, ron, vodka)	
Determinar las enfermedades crónicas presentes en las personas con ingesta de alcohol alta, moderada y sin consumo de	Enfermedades crónicas	Estas enfermedades no son curativas y se desarrollan a partir de varios factores, como el consumo de	Completar el instrumento de recolección de datos.	Enfermedades crónicas no transmisibles.	Diabetes mellitus Hipertensión arterial Dislipidemias.	Instrumento de recolección de datos.

alcohol de la muestra.		alcohol, y tabaco, un exceso de peso, alimentación inadecuada y el sedentarismo.				
Evaluar el estado nutricional de las personas con ingesta de alcohol alta, moderada y sin consumo de alcohol mediante indicadores antropométricos.	Estado nutricional	Condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción, y utilización de los nutrientes contenidos de los alimentos.	Indicadores antropométricos. Indicadores dietéticos.	1. Índice de masa corporal. 2. Perímetro abdominal. 3. Porcentaje de grasa.	1. <18.49 Bajo peso 18.50-24.99 Normal 25.00-29.99 Sobrepeso 30-34.99 Obesidad tipo I 35.00-39.99 Obesidad tipo II >40.00 Obesidad tipo III 2. Riesgo CV: >88cm en mujeres Y >102 cm en hombres. 3. Mujeres 20-39 años: 21-33% 40-59 años: 23-34% Hombres 20-39 años: 8-20%	Balanza marca FITINDEX Tallímetro marca SECA. Cinta métrica SECA Balanza marca FITINDEX

					40-59 años: 11-21%	
Evaluar la ingesta dietética de las personas con ingesta de alcohol alta, moderada y sin consumo de alcohol mediante una frecuencia de consumo de alimentos.				1. Frecuencia de consumo.	1. Nunca, diario, semanal, mensual, ocasional.	Instrumento de recolección de datos

Fuente: Elaboración propia, 2019.

3.7 PLAN PILOTO

Para llevar a cabo el plan piloto se utiliza una muestra de diez personas de ambos géneros, de edades entre 25 y 50 años, todos residentes del área de San José centro y alrededores.

Se aplicó el cuestionario a diez personas, dicho cuestionario consta de tres apartados. La primera parte corresponde al perfil sociodemográfico, enfermedades que presenta la persona y características del consumo de alcohol. La segunda parte, corresponde a una evaluación dietética mediante una frecuencia de consumo de alimentos. Finalmente, la tercera parte abarca la evaluación antropométrica (peso, talla, perímetro abdominal y porcentaje de grasa)

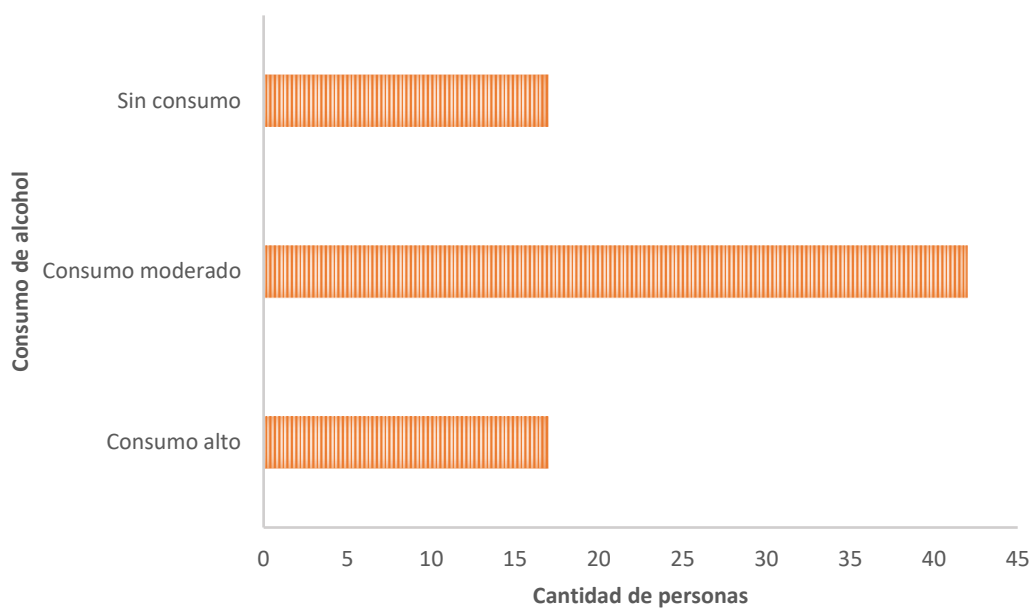
Dentro de los ajustes necesarios para poder aplicar de una mejor manera el instrumento, se modificaron las opciones de respuesta de las preguntas cuatro y ocho. Además se consideró importante, aclarar el significado de la palabra dislipidemias. Y una mejor explicación de la metodología de la frecuencia de consumo.

En el anexo cuatro se exponen las figuras de los resultados obtenidos a partir de la aplicación del plan piloto.

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, ENFERMEDADES CRÓNICAS PRESENTES, CARACTERÍSTICAS DE CONSUMO DE ALCOHOL Y ESTADO NUTRICIONAL.

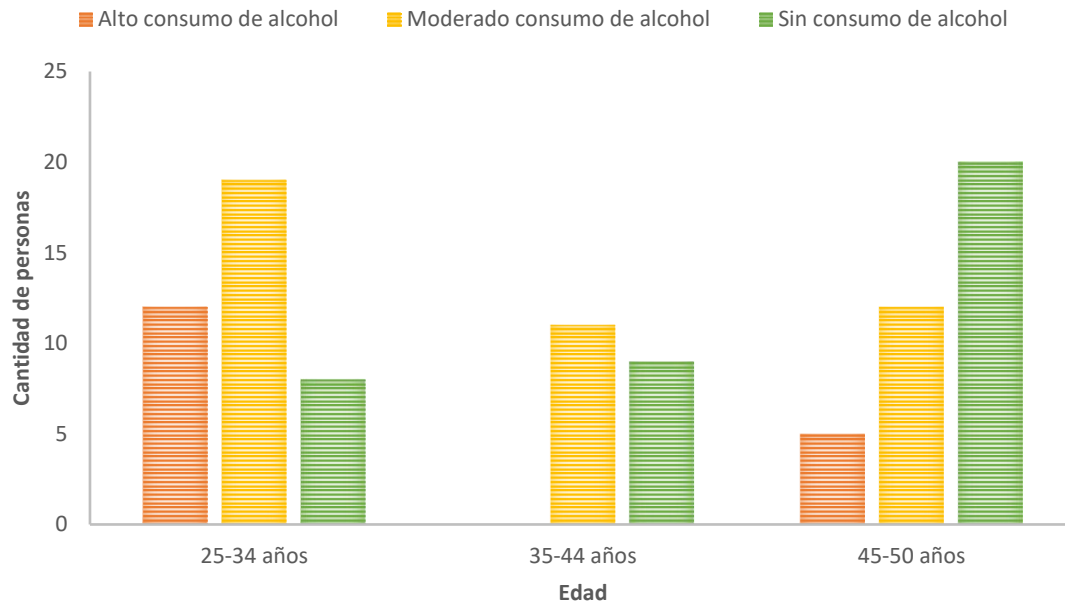
En este capítulo se exponen los resultados obtenidos de las encuestadas realizadas.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

Figura N°1 Clasificación de la población estudiada según su consumo de alcohol: nulo, moderado y alto,, Pérez Zeledón, 2019.

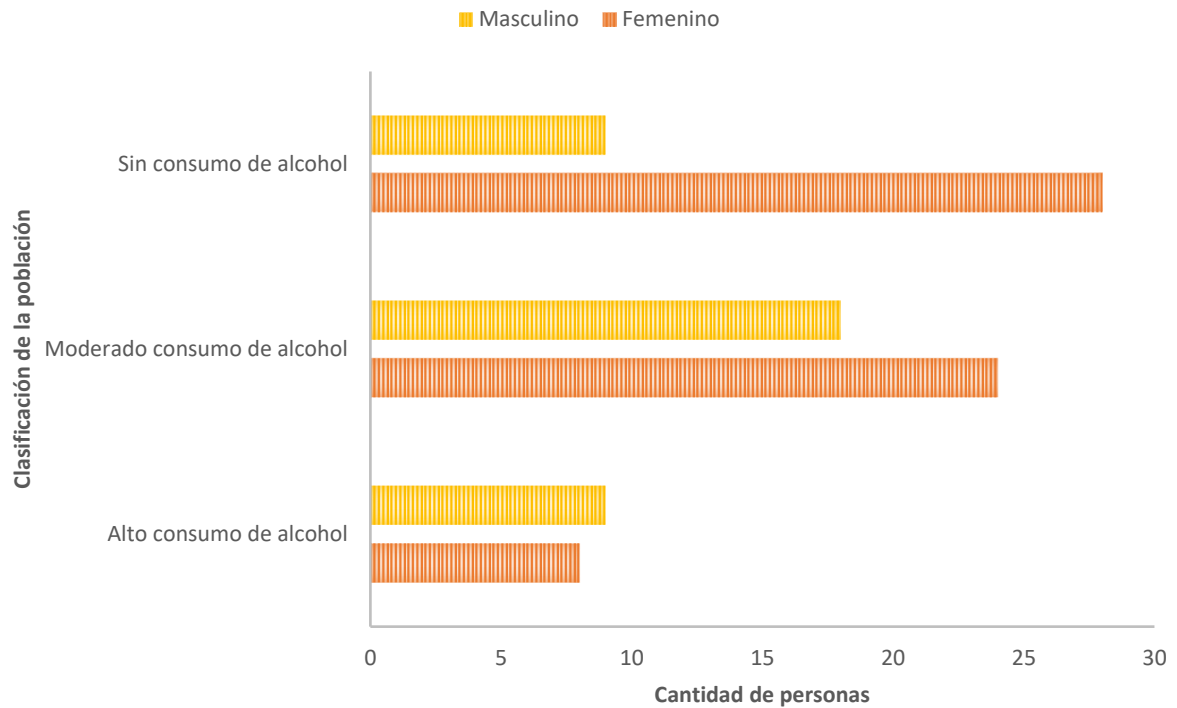
La mayor cantidad de las personas encuestadas, un 40,3% consume bebidas alcohólicas de una manera moderada, seguido por un 35,5% que no consume alcohol y N: 17 personas de alto consumo de alcohol, N: 42 personas de consumo moderado de alcohol y N: 37 personas sin consumo de alcohol.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

Figura N°2 Distribución de las personas por edad y según su consumo de alcohol: nulo, moderado y alto, Pérez Zeledón 2019.

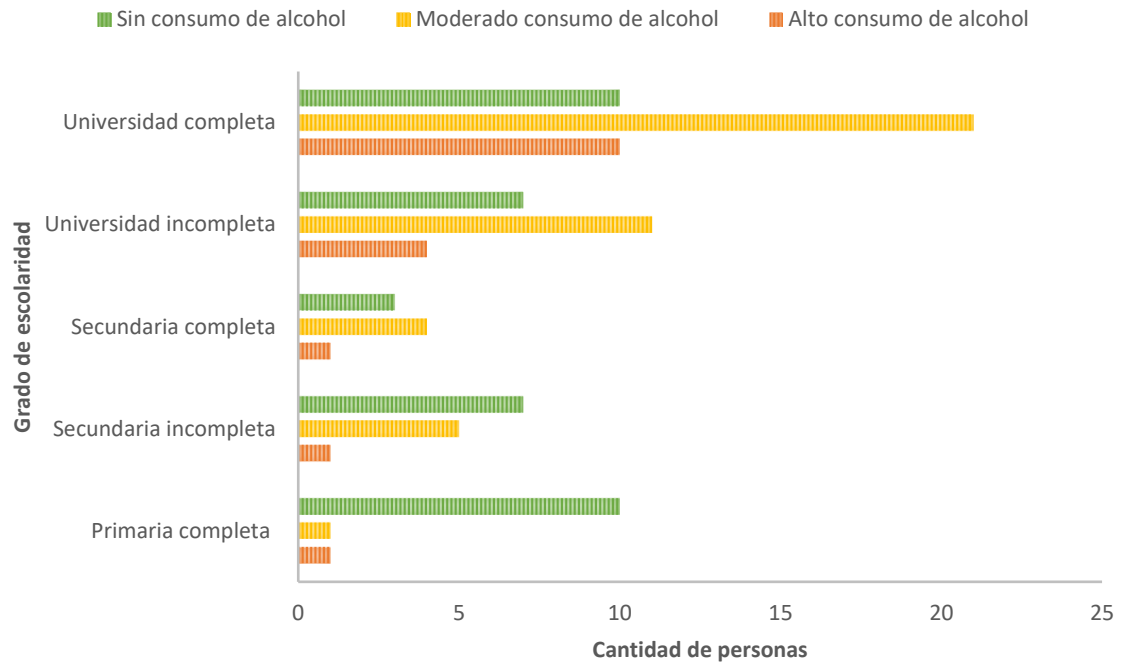
En la población de personas sin consumo de alcohol se observa que la mayor cantidad de ellas rondan edades entre 45 y 50 años, con un 70,5%. En la población de consumo moderado de alcohol la mayoría 54% tiene edades entre 25-34 años y en la población con consumo alto de alcohol la mayor cantidad presenta tiene entre 25-34 años con un 45,2%.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

Figura N°3 Distribución de la población por sexo y según su consumo de alcohol: nulo, moderado y alto, Pérez Zeledón 2019.

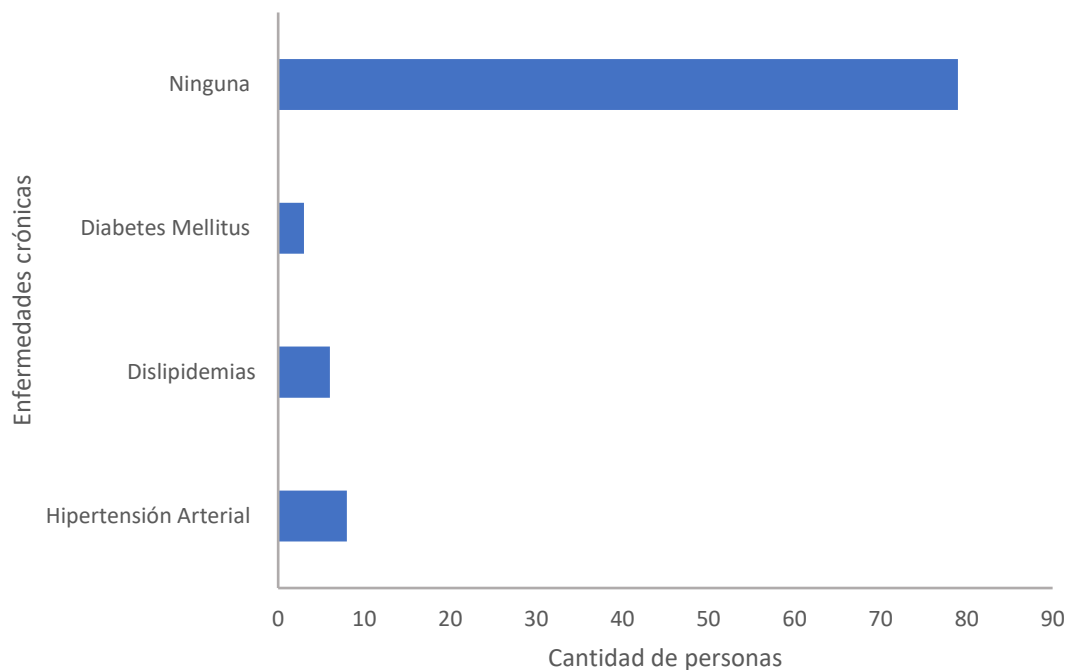
En la figura se observa que en las poblaciones sin consumo de alcohol y consumo moderado la mayoría son mujeres, con un 75,6% y un 57,1% respectivamente. Caso contrario en la población de consumo alto de alcohol, en que el 52,9% es población masculina.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

Figura N°4 Clasificación de las personas por su consumo de alcohol: nulo, moderado y alto y según escolaridad, Pérez Zeledón 2019.

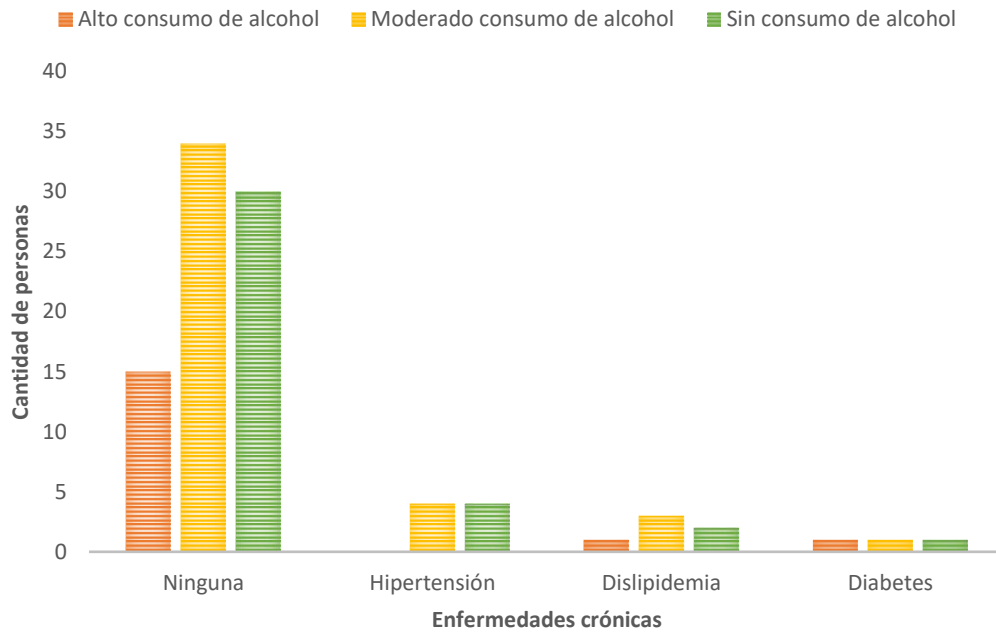
En las tres poblaciones, sin consumo de alcohol, consumo moderado y alto de alcohol, la mayoría de las personas completaron estudios universitarios.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

Figura N°5 Total de enfermedades crónicas no transmisibles presentes en la población estudiada, Pérez Zeledón, 2019.

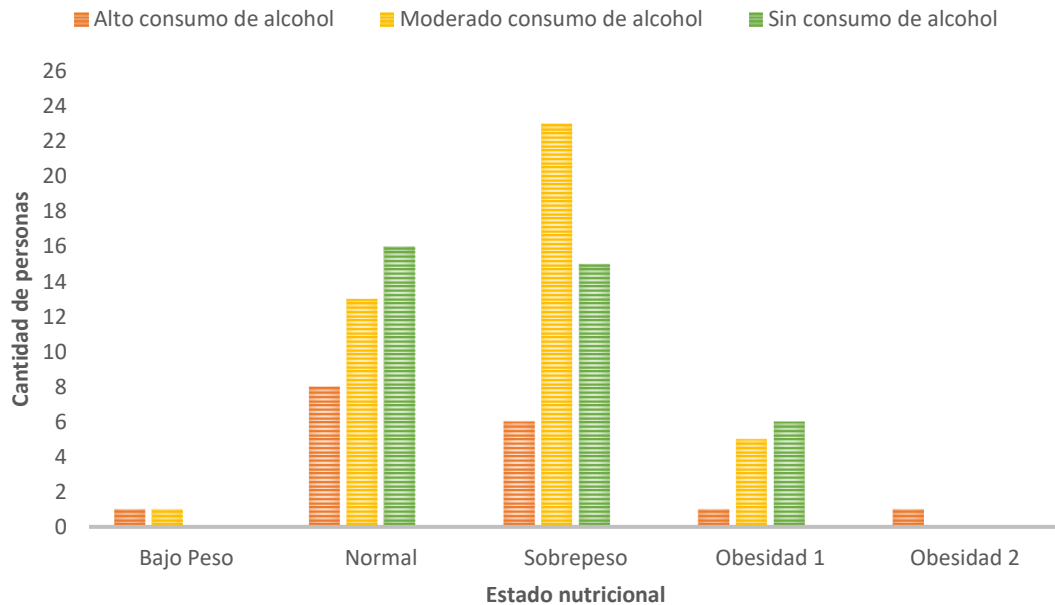
La figura cinco muestra la distribución de las enfermedades crónicas presentes en la población total, la mayoría de la población no presenta enfermedades crónicas, solamente el 17% presenta algún tipo de enfermedad, de ellas la mayoría presenta hipertensión arterial.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

Figura N°6 Clasificación de la población por su consumo de alcohol: nulo, moderado y alto y según presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, Pérez Zeledón, 2019.

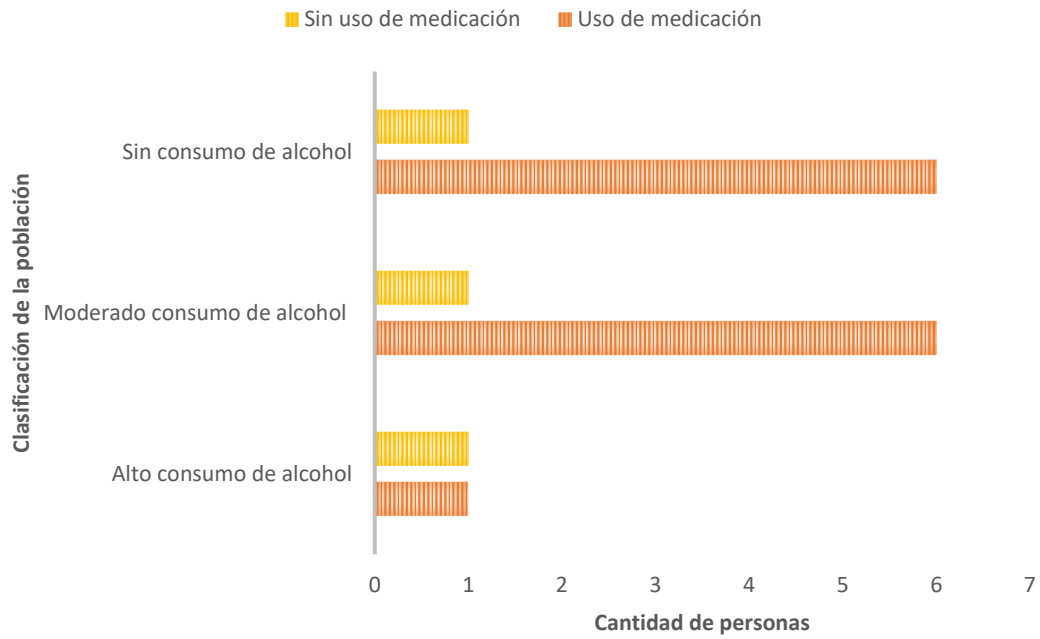
Como se observa en la figura seis, en las tres poblaciones independientemente del consumo de alcohol la mayoría no presenta enfermedades crónicas no trasmisibles. En las poblaciones sin consumo de alcohol y consumo moderado de alcohol se presenta hipertensión arterial.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

Figura N°7 Clasificación de la población según su consumo de alcohol: nulo, moderado y alto, y según estado nutricional, Pérez Zeledón, 2019.

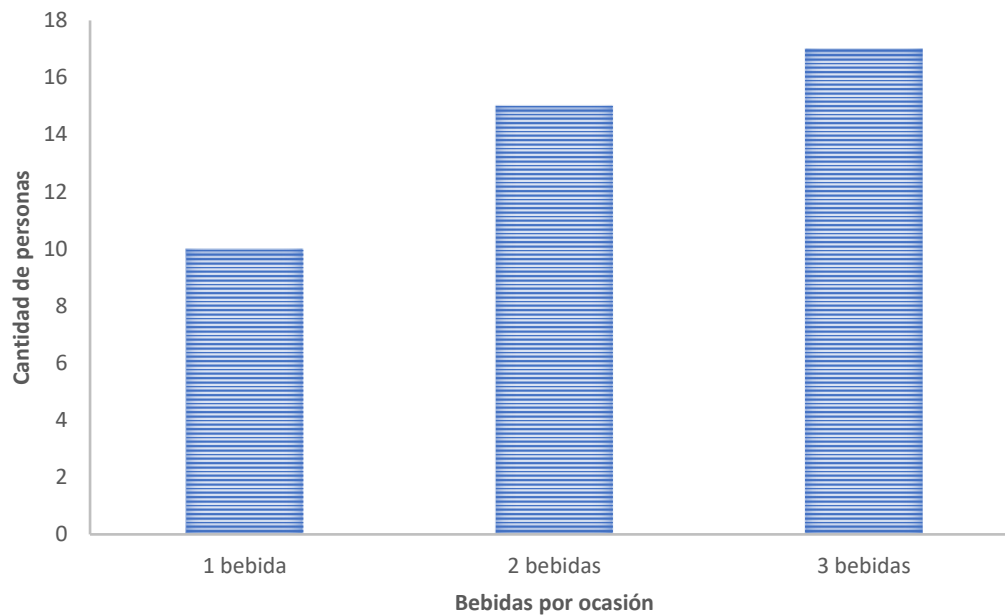
De la población clasificada sin consumo de alcohol (n:37 personas), el estado nutricional que prevalece es el normal con un 43,2%. En la población con consumo moderado (n: 42 personas) de alcohol el 54,7% presenta sobrepeso, finalmente en la población con alto consumo de alcohol, (n: 17 personas) la mayor cantidad de las personas presentan estado nutricional normal.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

Figura N°8 Clasificación de la población según consumo de alcohol: nulo, moderado y alto, y según uso de medicación en presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, Pérez Zeledón, 2019.

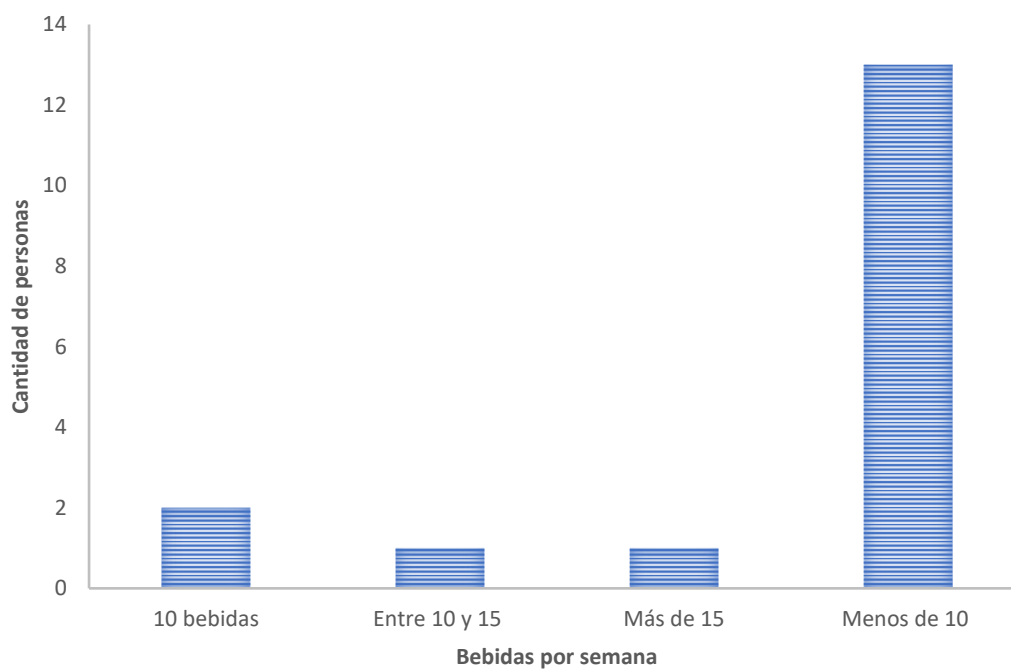
Como se observa en la figura anterior, la gran mayoría de las personas de las tres distintas poblaciones indican consumir adecuadamente los fármacos correspondientes a su patología.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

Figura N°9 Distribución de la cantidad de bebidas por ocasión de las personas con consumo moderado de alcohol, Pérez Zeledón, 2019.

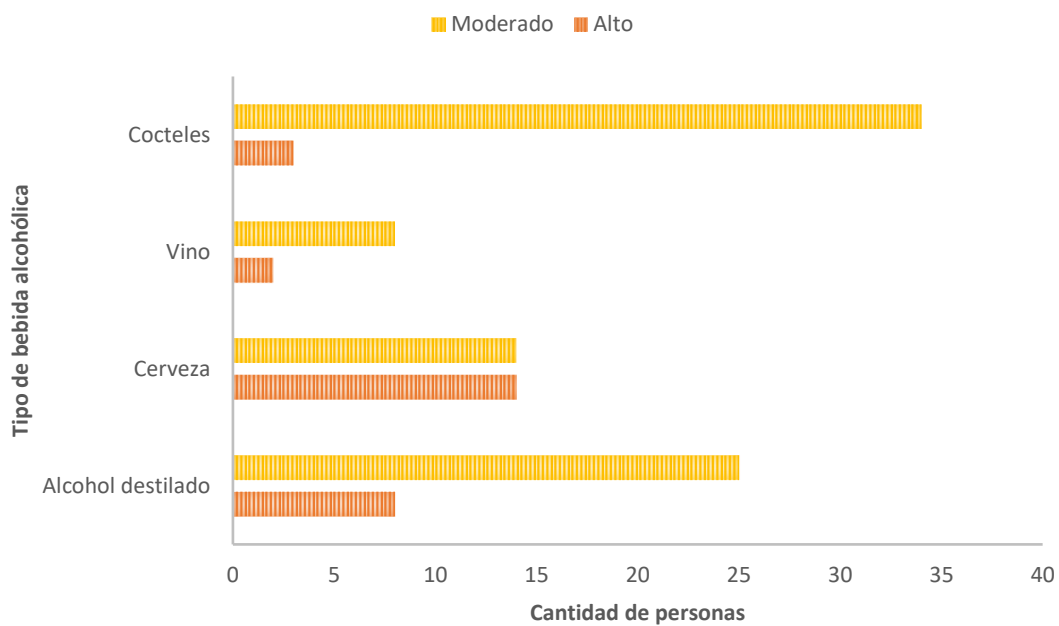
La mayoría de las personas que consumen alcohol moderadamente ingieren entre dos y tres bebidas por ocasión.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

FiguraN°10 Cantidad de bebidas consumidas por semana en personas con consumo alto de alcohol, Pérez Zeledón 2019.

El 76,4% de las personas que tienen un alto consumo de alcohol, ingieren menos de diez bebidas por semana.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

Figura N°11 Tipo de bebida alcohólica preferida por la población estudiada, según consumo de alcohol: moderado y alto, Pérez Zeledón, 2019.

De las personas que consumen alcohol moderadamente el 80,9% prefieren cocteles seguido de alcohol destilado con un 59,2% y en la población con consumo alto de alcohol prefieren un 82,3% cerveza.

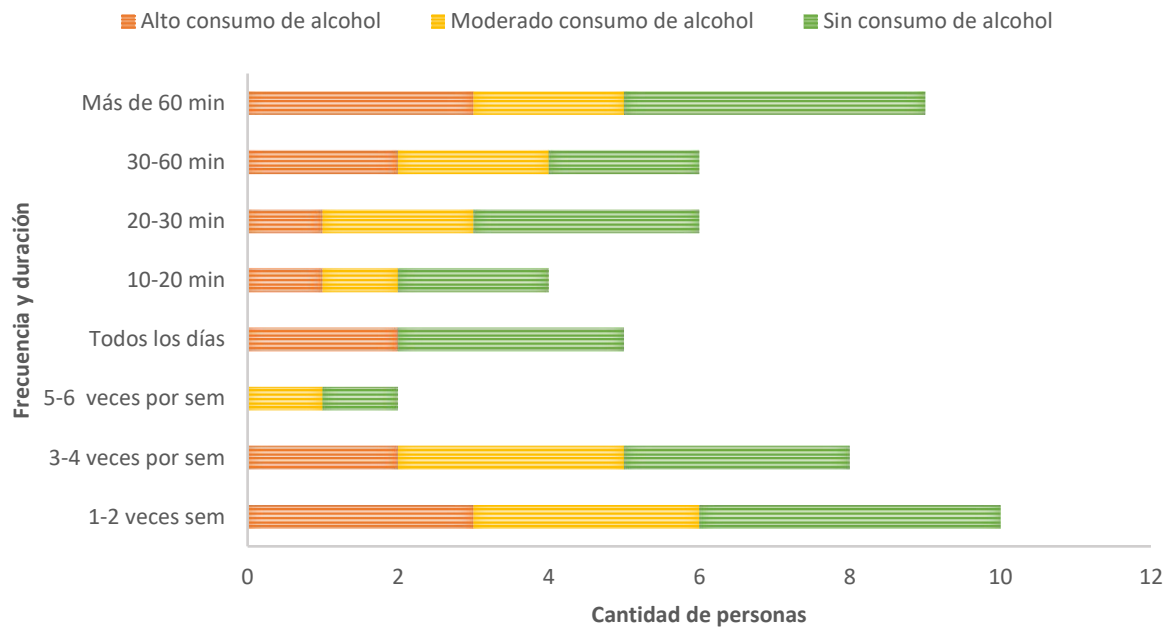
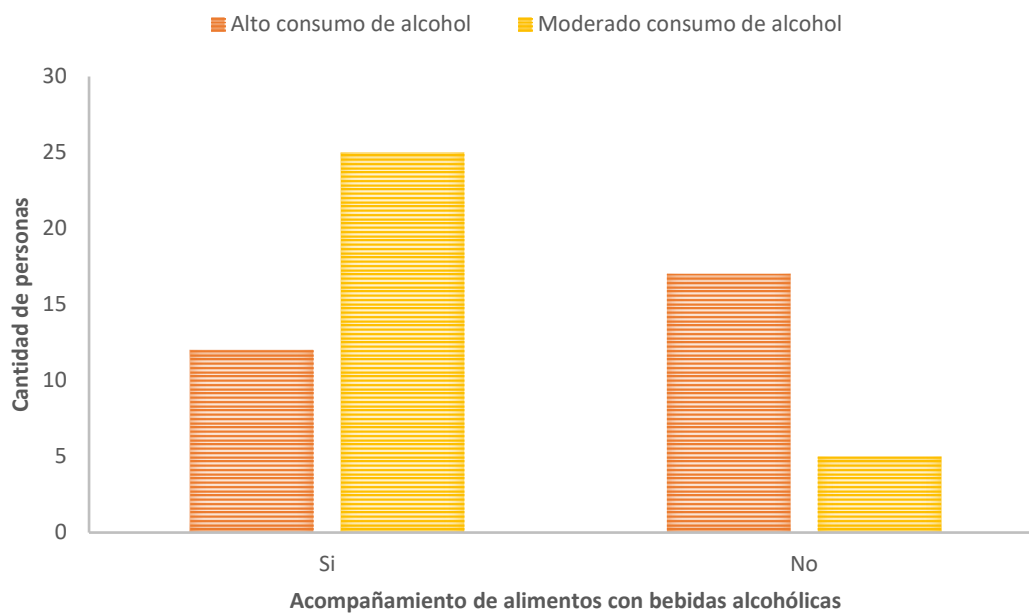


Figura N°12 Clasificación de la población estudiada por consumo de alcohol: nulo, moderado y alto y según frecuencia y duración de actividad física, Pérez Zeledón, 2019.

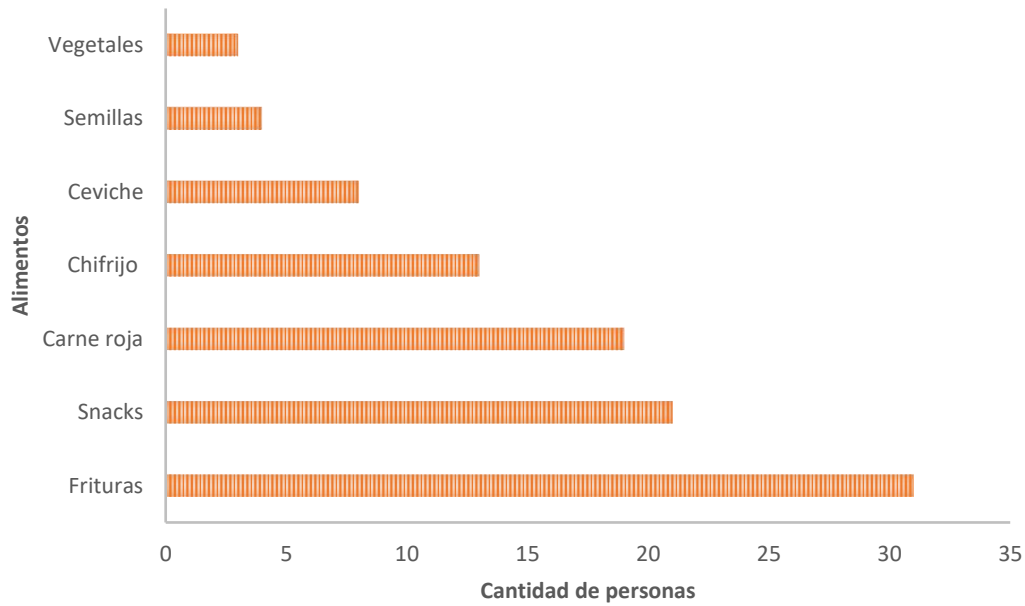
Como se observa en la figura anterior, la población que presenta más frecuencia a la hora de realizar ejercicio, son las personas que no consumen alcohol, de igual manera es esta población sin consumo de alcohol la que realiza mayor cantidad de minutos la actividad física.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

Figura N°13 Clasificación de la población según consumo de alcohol: moderado y alto y según preferencia de consumo de alimentos con las bebidas alcohólicas, Pérez Zeledón, 2019.

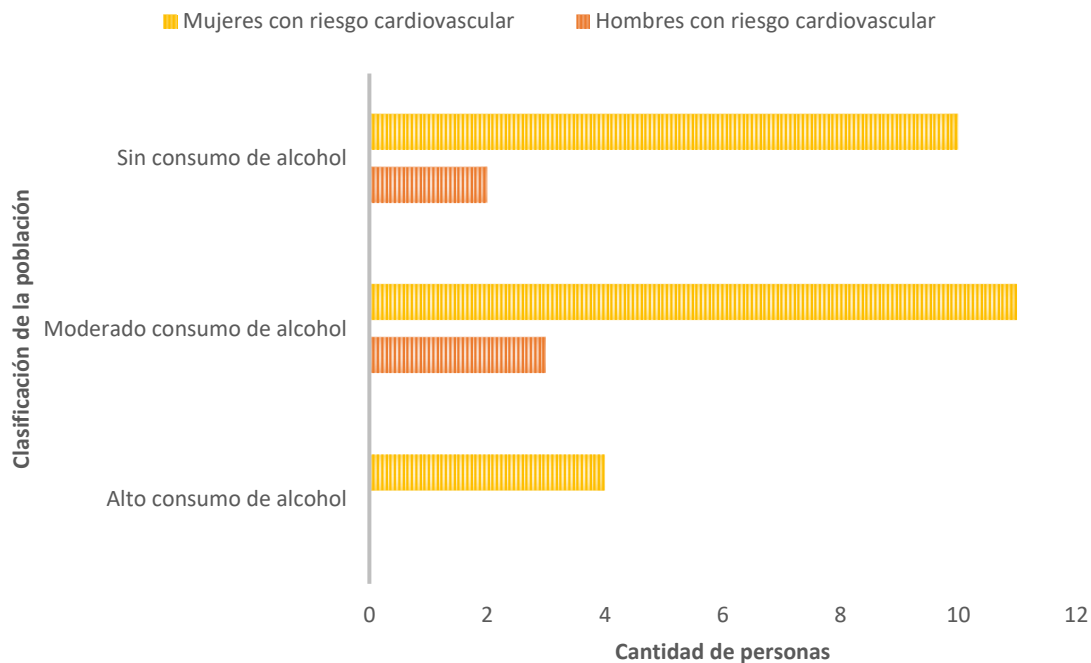
En la población con consumo moderado de alcohol un 59,2% sí acompaña las bebidas alcohólicas con alimentos y en la población con consumo alto de alcohol el 70,5% también lo prefieren.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

Figura N°14 Alimentos preferidos por la población estudiada para acompañar las bebidas alcohólicas, Pérez Zeledón, 2019.

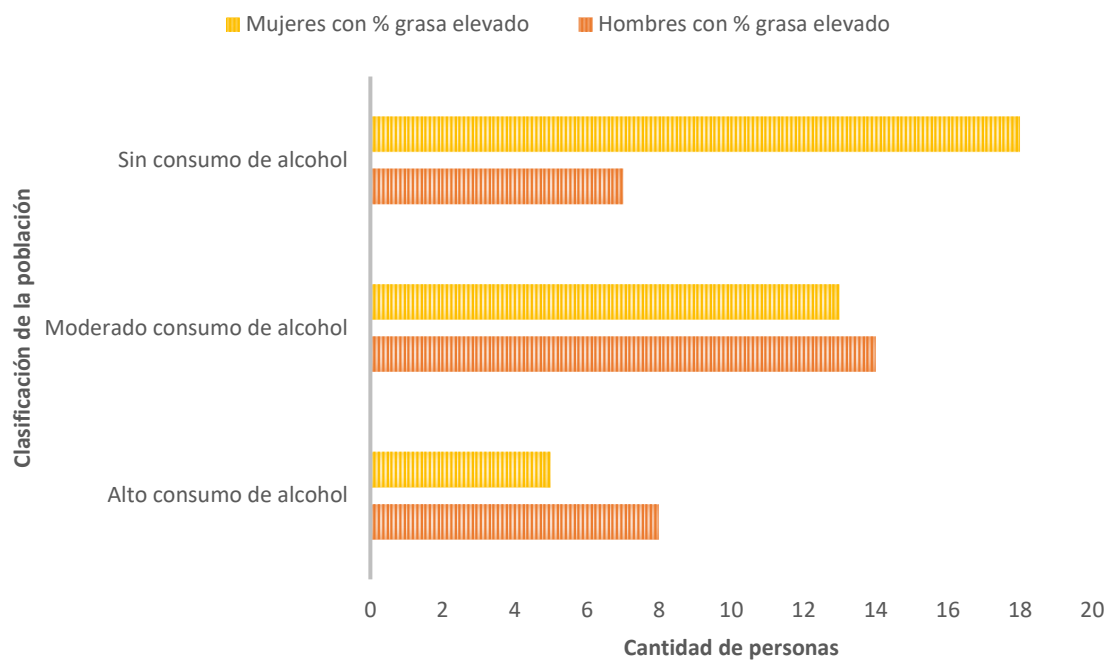
Un 83,7% prefieren acompañar las bebidas alcohólicas con frituras, como pollo en sus presentaciones: alitas, dedos de pollo... Seguido de un 56,7% que eligen *snacks* tipo *dips*, tortillitas, bocas de algún bar. Las carnes rojas y el chifrijo son otro de algunos de los alimentos más apetecidos por la población para acompañar las bebidas alcohólicas.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

Figura N°15 Clasificación de la población por sexo y riesgo cardiovascular según consumo de alcohol: nulo, moderado y alto, Pérez Zeledón, 2019.

Como se observa en la figura 15 en las tres poblaciones estudiadas, las mujeres son las que tienen mayor riesgo cardiovascular según la toma del perímetro abdominal.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

Figura N°16 Clasificación de la población por sexo y porcentaje de grasa según consumo de alcohol: nulo, moderado y alto, Pérez Zeledón, 2019.

Se observa que las mujeres sin consumo de alcohol son las que presentan mayor porcentaje de grasa en el cuerpo, y los hombres con un consumo de alcohol moderado son los que presentan mayores cantidades de grasa corporal.

4.2 EVALUACIÓN DIETÉTICA

En las siguientes tablas se muestran los resultados de la frecuencia de consumo de realizada a los entrevistados.

Tabla N°5 Frecuencia de consumo de harinas, cereales, leguminosas y tubérculos en sujetos sin consumo de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pan Baguette	2	5%	3	8%	12	32%	15	41%	5	14%
Pan cuadrado	1	3%	2	5%	9	24%	10	27%	15	41%
Arroz	24	65%	3	8%	3	8%	2	5%	5	14%
Frijoles	22	59%	2	5%	8	22%	3	8%	2	5%
Plátano maduro frito	1	3%	1	3%	16	43%	14	38%	5	14%
Papas fritas					7	19%	17	46%	13	35%
Pasta	1	3%	2	5%	16	43%	16	43%	2	5%
Avena	5	14%	4	11%	7	19%	13	35%	8	22%
Cereales de desayuno			1	3%	2	5%	9	24%	25	68%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

En la tabla N°4, se observa que la mayoría de las personas sin consumo de alcohol (65%) consumen arroz todos los días, mientras que un 46% de la población consume papas fritas solamente una vez al mes. Además, el 68% nunca consumen cereales en el desayuno.

Tabla N°6 Frecuencia de consumo de lácteos y sus derivados en sujetos sin consumo de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leche entera	2	5%	2	5%	0	0	6	16%	27	73%
Leche semi	3	8%	1	3%	4	11%	5	14%	24	65%
Leche descremada	1	3%	3	8%	4	11%	2	5%	27	73%
Yogurt	2	5%	2	5%	12	32%	8	22%	13	35%
Queso	4	11%	8	22%	14	38%	5	14%	6	16%
Queso crema			3	8%	3	8%	10	27%	21	57%
Natilla	1	3%	4	11%	11	30%	13	35%	8	22%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

Las personas que utilizan productos lácteos como la leche, la prefieren semidescremada.

El 35% de la población no consume *yogur*.

Tabla N°7 Frecuencia de consumo de galletas y repostería en sujetos sin consumo de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Galletas dulces	5	14%	2	5%	7	19%	9	24%	14	38%
Galletas saladas	5	14%	3	8%	11	30%	11	30%	7	19%
Repostería			4	11%	14	38%	9	24%	10	27%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

La población sin consumo de alcohol consume en un 14% galletas saladas y dulces

todos los días. El 38% consume productos de repostería de una a tres veces a la semana.

Tabla N°8 Frecuencia de consumo de frutas y vegetales en sujetos sin consumo de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Frutas	17	47%	7	19%	8	22%	3	8%	1	3%
Vegetales			13	36%	8	22%	4	11%	11	31%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

De la población sin consumo de alcohol el 47% consume frutas todos los días, mientras que el consumo de vegetales ninguna persona lo realiza todos los días.

Tabla N°9 Frecuencia de consumo de verduras en sujetos sin consumo de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Verduras	13	36%	13	36%	7	19%	2	6%	1	3%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

Un 36% de la población prefieren consumir verduras a diario, mientras que un 36% eligen consumir verduras de cuatro a seis veces por semana.

Tabla N°9 Frecuencia de consumo de alimentos fuentes de proteínas en sujetos sin consumo de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cerdo			7	19%	13	35%	10	27%	7	19%
Pollo	2	5%	9	24%	23	62%	1	3%	2	5%
Embutidos	1	3%	3	8%	11	30%	9	24%	13	35%
Tocino			3	8%	1	3%	2	5%	31	84%
Pescado			7	19%	7	19%	16	43%	7	19%
Atún			2	5%	17	46%	17	46%	1	3%
Huevo	12	32%	13	35%	8	22%	1	3%	3	8%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

La mayoría de personas consume pollo de una a tres veces por semana, seguido del atún 46% y un 32% consume huevo todos los días.

Tabla N°10 Frecuencia de consumo de alimentos fuentes de grasas en sujetos sin consumo de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mantequilla	4	11%	4	11%	10	27%	7	19%	12	32%
Margarina	3	8%	2	5%	7	19%	5	14%	20	54%
Aceite vegetal	24	65%	3	8%	2	5%	2	5%	6	16%
Aceite de oliva	5	14%	1	3%	4	11%	5	14%	22	59%
Aguacate	3	8%	9	24%	10	27%	10	27%	5	14%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

La grasa más utilizada por la población sin consumo de alcohol es el aceite vegetal 65% lo consume todos los días, mientras que el 59% de la población nunca consume aceite de oliva.

Tabla N°11 Frecuencia de consumo de comida rápida en sujetos sin consumo de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo							
	4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Comida rápida	1	3%	3	8%	14	38%	19	51%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

El 51% de la población refiere nunca consumir comidas rápidas. Solamente una persona consume de cuatro a seis veces por semana dichos alimentos.

Tabla N°12 Frecuencia de consumo de azúcar en sujetos sin consumo de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Azúcar	22	59%	3	8%	3	8%	7	19%	2	5%
Mermelada			5	14%	7	19%	10	27%	15	41%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

La mayoría de la población consume azúcar todos los días. El 41% nunca consume mermelada.

Tabla N°14 Frecuencia de consumo de harinas, cereales, leguminosas y tubérculos en sujetos con consumo moderado de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pan Baguette	2	5%	1	2%	22	52%	12	29%	5	12%
Pan cuadrado	7	17%	0	0	12	29%	9	21%	14	33%
Arroz	27	64%	8	19%	7	17%				
Frijoles	20	48%	6	14%	13	31%	2	5%	1	2%
Plátano maduro frito	1	2%	1	2%	19	45%	19	45%	2	5%
Papas fritas					10	24%	19	45%	13	31%
Pasta					24	57%	15	36%	3	7%
Avena	1	2%	4	10%	13	31%	6	14%	18	43%
Cereales de desayuno			1	2%	10	24%	9	21%	22	52%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

De igual manera que la población sin consumo de alcohol, el alimento fuente de carbohidratos que más consume la población con consumo moderado de alcohol es el arroz, seguido por los frijoles. El 52% nunca consume cereales de desayuno.

Tabla N°13 Frecuencia de consumo de lácteos y sus derivados en sujetos con consumo moderado de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leche entera	1	2%	3	7%	6	14%	3	7%	29	69%
Leche semi	1	2%	2	5%	13	31%	10	24%	16	38%
Leche descremada	2	5%	1	2%	10	24%	3	7%	26	62%
Yogurt	1	2%	9	21%	13	31%	12	29%	7	17%
Queso	4	10%	4	10%	22	52%	9	21%	3	7%
Queso crema			2	5%	12	29%	15	36%	13	31%
Natilla	1	2%	1	2%	15	36%	15	36%	10	24%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

La leche que la mayoría de la población consume es la semidescremada. Un 52% consume queso de una a tres veces por semana.

Tabla N°14 Frecuencia de consumo de galletas y repostería en sujetos con consumo moderado de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Galletas dulces	2	5%	7	17%	11	26%	18	43%	4	10%
Galletas saladas	2	5%	7	17%	16	38%	10	24%	7	17%
Repostería			3	7%	18	43%	12	29%	9	21%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

Un 43% de la población consume repostería de una a tres veces por semana. 43% consume galletas dulces una vez al mes.

Tabla N°15 Frecuencia de consumo de frutas y vegetales sujetos con consumo moderado de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo							
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Frutas	15	36%	11	26%	15	36%	1	2%
Vegetales	14	33%	13	31%	14	33%	1	2%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

Alrededor del 35% de la población con consumo moderado de alcohol, consume frutas y vegetales todos los días.

Tabla N°16 Frecuencia de consumo de verduras en sujetos con consumo moderado de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo							
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Verduras	13	31%	12	29%	15	36%	2	5%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

31% de los sujetos consumen verduras todos los días, mientras que un 36% solamente lo realiza de una a tres veces por semana.

Tabla N°17 Frecuencia de consumo de alimentos fuentes de proteína en sujetos con consumo moderado de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cerdo			6	14%	2 3	55%	11	26%	2	5%
Pollo			13	31%	2 7	64%	2	5%		
Embutidos	1	2%	4	10%	1 9	45%	13	31%	5	12%
Tocino					5	12%	10	24%	27	64%
Pescado			3	7%	2 4	57%	14	33%	1	2%
Atún	1	2%	5	12%	2 6	62%	7	17%	3	7%
Huevo	15	36%	13	31%	1 2	29%	1	2%	1	2%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

El pollo y el atún son los productos que más se consumen de una a tres veces por semana.

Un 36% de la población con consumo moderado de alcohol consumo huevo a diario.

Tabla N°18 Frecuencia de consumo de alimentos fuentes de grasa en sujetos con consumo moderado de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mantequilla	3	7%	5	12%	11	26%	15	36%	8	19%
Margarina			3	7%	8	19%	16	38%	15	36%
Aceite vegetal	22	52%	2	5%	4	10%	5	12%	9	21%
Aceite de oliva	5	12%	4	10%	10	24%	8	19%	15	36%
Aguacate			8	19%	15	36%	16	38%	3	7%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

El 52% consume aceite vegetal todos los días, el 36% de esta población consumen aguacate de una a tres veces por semana.

Tabla N°19 Frecuencia de consumo de comida rápida en sujetos con consumo moderado de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo					
	1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%
Comida rápida	14	33%	20	48%	8	19%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

Un 33% de la población consume comida rápida de una a tres veces por semana.

Tabla N°20 Frecuencia de consumo de azúcar en sujetos con consumo moderado de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Azúcar	24	57%	4	10%	5	12%	3	7%	6	14%
Mermelada			2	5%	8	19%	19	45%	13	31%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

La mayoría de la población utiliza azúcar todos los días. El 31% no consume mermelada.

Tabla N°21 Frecuencia de consumo de harinas, cereales, leguminosas y tubérculos en sujetos con consumo alto de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pan Baguette	1	6%	1	6%	6	35%	22	53%		
Pan cuadrado			3	18%	7	41%	12	29%	2	12%
Arroz	1%	65%	3	18%	2	12%	2	6%		
Frijoles	1%	47%	5	29%	3	18%	2	6%		
Plátano maduro frito			2	12%	10	59%	5	12%	3	18%
Papas fritas					4	24%	27	65%	2	12%
Pasta					12	71%	12	29%		
Avena	1	6%			5	29%	7	18%	8	47%
Cereales de desayuno	1	6%			3	18%	12	29%	8	47%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

Un 59% de la población con consumo alto de alcohol consume plátano maduro frito de una a tres veces por semana. 65% eligen arroz diariamente al igual que un 47% con el consumo de frijol.

Tabla N°22 Frecuencia de consumo de lácteos y sus derivados en sujetos con consumo alto de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leche entera			1	6%	1	6%	3	18%	1	71%
Leche semi			2	12%	7	41%	5	29%	3	18%
Leche descremada					3	18%	3	18%	1	65%
Yogurt			1	6%	5	29%	5	29%	6	35%
Queso	1	6%	2	12%	13	76%	1	6%	0	0%
Queso crema					6	35%	5	29%	6	35%
Natilla					6	35%	5	29%	6	35%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

La mayoría de la población consume queso de una a tres veces por semana. La mayoría de las personas no consumen leche nunca.

Tabla N°23 Frecuencia de consumo de galletas y repostería en sujetos con consumo alto de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Galletas dulces	2	12%	1	6%	9	53%	3	18%	2	12%
Galletas saladas	4	24%	1	6%	5	29%	5	29%	2	12%
Repostería	1	6%			8	47%	6	35%	2	12%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

El 47 % de la población consume productos de repostería de una a tres veces por semana, el 24% consume galletas saladas todos los días.

Tabla N°24 Frecuencia de consumo de frutas y vegetales en sujetos con consumo alto de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Frutas	5	29%	3	18%	9	53%				
Vegetales	3	18%	4	24%	8	47%	1	6%	1	6%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

El consumo de frutas y vegetales lo realizan entre una a tres veces por semana la mayoría de la población.

Tabla N°25 Frecuencia de consumo de verduras en sujetos con consumo alto de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Verduras	3	18%	5	29%	8	47%	1	6%		

Fuente: (elaboración propia, 2019)

Solamente el 18% de la población con consumo alto de alcohol prefieren verduras diariamente.

Tabla N°26 Frecuencia de consumo de alimentos fuentes de proteína en sujetos con consumo alto de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cerdo			2	12%	11	65%	3	18%	1	6%
Pollo			8	47%	9	53%				
Embutidos			2	12%	7	41%	7	41%	1	6%
Tocino					4	24%	6	35%	7	41%
Pescado			1	6%	9	53%	6	35%	1	6%
Atún	2	12%	5	29%	6	35%			4	24%
Huevo	7	41%	5	29%	5	29%				

Fuente: (elaboración propia, 2019)

El alimento fuente de proteína con más consumo por parte de los sujetos con alto consumo de alcohol, es el cerdo 65%. Un 24% consumo tocino de una a tres veces por semana.

Tabla N°27 Frecuencia de consumo de alimentos fuentes de grasa en sujetos con consumo alto de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mantequilla	3	18%	2	12%	6	35%	2	12%	4	24%
Margarina	1	6%	2	12%	4	24%	3	18%	7	41%
Aceite vegetal	11	65%	2	12%	2	12%	1	6%	1	6%
Aceite de oliva	1	6%	1	6%	5	29%	3	18%	7	41%
Aguacate	1	6%	4	24%	6	35%	5	29%	1	6%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

El 65% de la población utiliza aceite vegetal diariamente. Un 24% de la población consume margarina de una a tres veces por semana.

Tabla N°28 Frecuencia de consumo de comida rápida en sujetos con consumo alto de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo					
	1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%
Comida rápida	5	29%	7	41%	5	29%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

El 29% de la población con consumo alto de alcohol eligen comidas rápidas de una a tres veces por semana.

Tabla N°29 Frecuencia de consumo de azúcar en sujetos con consumo alto de alcohol de la población estudiada del área de Pérez Zeledón, 2019.

Alimento	Frecuencia de Consumo									
	Todos los días		4 a 6 veces por semana		1 a 3 veces por semana		1 vez al mes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Azúcar	10	59%	2	12%	2	12%	2	12%	1	6%
Mermelada					4	24%	6	35%	7	41%

Fuente: (elaboración propia, 2019)

La mayoría de la población 59% utiliza azúcar diariamente.

4.3 RELACIÓN DE VARIABLES

En este apartado se muestran las relaciones de las variables estudiadas, con el objetivo de conocer si hay una relación significativamente estadística.

Tabla N°30 Relación entre estado nutricional y Consumo de alcohol (sin consumo de alcohol y consumo de alcohol moderado y alto)

Estado Nutricional	Valor P	Relación
Consumo de alcohol	0,21	No relación

Fuente: (elaboración propia, 2019)

Según se observa en la tabla anterior, el consumo de alcohol independientemente si es nulo, moderado o alto no tiene una relación estadística con el estado nutricional.

Tabla N°31 Relación entre Estado nutricional y Enfermedades crónicas según tipo de bebedor

Estado Nutricional/ Enfermedades crónicas	Valor P	Relación
Tipo de bebedor		
Sin consumo de alcohol	0,10	No relación
Moderado	0,34	No relación
Alto	1,00	No relación

Fuente: (elaboración propia, 2019)

En la figura N°31 se desglosa el tipo de bebedor y se observa cómo no hay relación directa con la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y además no hay una relación estadística significativa con el estado nutricional.

Tabla N°32 Relación entre el consumo de alcohol y enfermedades crónicas

Enfermedades crónicas	Valor P	Relación
Cantidad de alcohol	0,62	No relación

Fuente: (elaboración propia, 2019)

Esta tabla permite que se observe que la cantidad de alcohol ingerido no es significativamente estadístico para formar una relación directa con las enfermedades crónicas.

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS
RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este apartado se presenta la discusión e interpretación de los resultados obtenidos de la investigación realizada, con el fin de dar respuesta al problema planteado y mostrar relaciones existentes entre las variables estudiadas.

Tabla 33 Resumen de las características de la población según consumo de alcohol

Consumo de alcohol	Características sociodemográficas y de consumo de alcohol	Características antropométricas	Características dietéticas
Sin consumo de alcohol	<p>Edades rondan entre 45-50 años.</p> <p>Predomina género femenino.</p> <p>Estudios universitarios completos.</p> <p>Sin presencia de enfermedades crónicas.</p> <p>Actividad física entre 30-50 min de tres a cuatro veces por semana.</p>	<p>Estado nutricional normal.</p> <p>Mujeres presentan mayor riesgo cardiovascular.</p> <p>De igual manera las mujeres presentan porcentaje de grasa más elevado.</p>	<p>Consumo de arroz todos los días.</p> <p>Leche preferida semidescremada.</p> <p>Consumo de repostería de una a tres veces por semana.</p> <p>Consumo de frutas todos los días, sin embargo, el consumo de vegetales todos los días es nulo.</p> <p>Se consume pollo de una a tres veces por semana.</p> <p>Mayor utilidad del aceite vegetal.</p> <p>Mínimo consumo de comidas rápidas.</p> <p>Consumo de azúcar diario.</p>
Moderado consumo de alcohol	<p>Edades rondan entre 25-34 años.</p> <p>Predomina género femenino.</p> <p>Estudios universitarios completos.</p>	<p>Estado nutricional sobrepeso.</p> <p>Mujeres presentan mayor riesgo cardiovascular.</p> <p>Hombres presentan mayor porcentaje de grasa elevado.</p>	<p>Consumo de arroz todos los días.</p> <p>Mayor consumo de leche semidescremada.</p> <p>Consumo de repostería de una a tres veces por semana.</p>

Sin presencia de enfermedades cónicas.

Consumo de dos a tres bebidas alcohólicas por semana, mayoritariamente cocteles.

Actividad física entre 30-50 min de una a dos veces por semana.

Consumo de frutas y vegetales a diario.

La población prefiere el consumo de pollo y atún.

Uso de aceite vegetal todos los días.

Frecuencia de consumo de comidas rápidas de una a tres veces por semana.

Azúcar a diario.

Alimentos preferidos para acompañar las bebidas alcohólicas: Frituras.

Alto consumo de alcohol

Edades rondan entre 25-34 años.

Predomina el género masculino.

Estudios universitarios completos.

Sin presencia de enfermedades crónicas.

Consumo de menos de diez bebidas por semana.

Actividad física entre 30-60 min de una a dos veces por semana.

Estado nutricional normal.

Hombres con mayor riesgo cardiovascular.

De la misma manera que presentan mayor porcentaje de grasa elevado.

Consumo de arroz todos los días y plátano maduro frito de una a tres veces por semana.

La mayoría no consume leche.

Consumo de repostería de una a tres veces por semana.

Consumo de frutas y vegetales de una a tres veces por semana.

La proteína mayor consumida es el cerdo.

Se prefiere el aceite vegetal.

Consumo de comida rápida una vez al mes.

Azúcar a diario.

Alimentos preferidos para acompañar las bebidas alcohólicas: Frituras.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Las edades de mayor prevalencia de ingestión de alcohol en esta investigación concuerdan con diferentes estudios como (García Betancourt et al., 2015), en el que se menciona que la edad promedio de mayor índice de ingesta de alcohol es de 15 a 30 años, por diferentes motivos tales como independencia económica e inicio de vida social más activa, entre otros.

Según una estadística realizada en el 2015, por el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), el porcentaje de incidencia de consumo de alcohol en el cantón de Pérez Zeledón es realmente alto con un 96% de incidencia. («Consumo de Alcohol en Población General · Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia», s. f.) De acuerdo con los datos de la presente investigación la mayor cantidad de la población si consume alcohol, pero en medidas moderadas y un 35% de las personas no consumen alcohol.

La mayor cantidad de encuestados rondan edades menores que 35 años, la mayor parte de los mismos no presentan enfermedades crónicas no trasmisibles, esto tiene una importante relación ya que según (Radhakrishnan, K, 2011), las enfermedades crónicas aumentan a partir de los 45 años de edad y alcanzan las tasas superiores en relación directa con el envejecimiento de la población.

Sin embargo, la aparición de las ECNT se puede presentarse en un largo plazo debido al estilo de vida y los factores de riesgo (estado nutricional, sedentarismo y consumo de alcohol) presentes; sumado a los factores ya mencionados, cabe destacar que un 85% de la población presenta antecedentes patológicos familiares.

Desde 1915 se describió que la relación entre el consumo de alcohol y la hipertensión arterial es realmente llamativa ya que la prevalencia de la hipertensión se triplicaba, según los datos observados en la presente investigación no se da esa relación ya que como se observa en la figura N°5, el consumo de alcohol no afecta directamente la presencia de hipertensión, por el contrario, es de hecho el grupo sin consumo de alcohol el que presenta mayor porcentaje de las personas con la patología. (Paredes, Orraca, Marimón, Casanova, & Véliz, 2015)

Se conoce que existe una clara relación entre los factores de riesgo y los estilos de vida, que contribuyen a modificar el estado nutricional, los cuales se asocian a las enfermedades cardiovasculares, patología que actualmente es la principal causa de muerte en personas adultas. (Guadalupe & Enrique, 2017)

Hay que tener claro que toda acción tiene su repercusión, es decir, tomando en cuenta las variables estudiadas, el estado nutricional se modifica de acuerdo con hábitos de alimentación y de actividad física presentes, al haber un estado nutricional inadecuado, se da un aumento de peso, que afecta directamente la cantidad de masa magra y masa grasa, aumentan también los lípidos séricos, lo que da como resultado un aumento en la formación de ateroma que obstaculiza las arterias y con ello, la presencia de enfermedades cardiovasculares. De la misma manera, se presenta la hipertensión arterial, y ambas patologías son factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus.

El consumo de alcohol al igual que la cantidad y calidad de la ingesta dietética son factores de riesgo para modificar o alterar el estado nutricional, que como se mencionó desencadena una serie de consecuencias graves para la salud.

Lograr una regulación del peso corporal requiere mucho más que mantener el equilibrio energético; también precisa que se realice una distribución de macro y micronutrientes a

lo largo del día, junto con la realización de ejercicio físico. Esto conlleva a un buen resultado del índice de masa corporal que determina el estado nutricional a nivel general.

Según se puede observar en la figura N°7, el estado nutricional se ve afectado según consumo de alcohol, aunque estadísticamente no es significativo (tabla N°31), a grandes rasgos se observa como la única persona del estudio con obesidad grado II, (con un IMC >35) presenta un consumo de alcohol alto.

Resultados que concuerdan con los datos de (Molina & Ojeda, 2015) según el cual los sujetos de su investigación con sospecha y con abuso o dependencia de alcohol presentaron sobrepeso y obesidad combinada en un 87.7%. En cambio, para los participantes que no presentaron abuso o dependencia de alcohol, la prevalencia fue del 75.6%

En relación con el peso, la evidencia científica disponible indica que el efecto del alcohol sobre el peso corporal depende de la cantidad ingerida. Un consumo de leve a moderado de alcohol no se asocia con aumento de peso ni de obesidad abdominal, mientras que un consumo elevado sí se asocia a aumento de peso y adiposidad abdominal. (Monereo, Arnoriaga, Olmedilla, Yoko, & Martínez de Icaya, 2016)

El estado nutricional de una persona se puede interpretar desde diferentes puntos de vista, la medida de la talla y el peso para poder determinar el índice de masa corporal es uno de ellos, sin embargo, no son parámetros suficientemente sensibles para valorar el estado nutricional de una persona como tal. Es importante, tener siempre en cuenta que la composición corporal es necesaria para un diagnóstico real. (García, García, Bellido, & Bellido, 2018)

En relación con el perímetro de la cintura, se ha planteado que el incremento en la adiposidad central, se asocia con un riesgo con aumento de hipertensión, resistencia a la

insulina y anormalidades en los lípidos séricos (enfermedades crónicas no transmisibles) Los resultados del estudio de (García Betancourt et al., 2015) muestran cifras alarmantes en cuanto a la prevalencia de alcohólicos con el diámetro de la cintura: en el caso de los hombres por encima de 102 cm, y las mujeres por encima de 88 cm, con una prevalencia de 95 por cada 100 personas. En la presente investigación la prevalencia de riesgo cardiovascular en relación con el perímetro abdominal, está fuertemente inclinada hacia el género femenino; pero difiere con la investigación anterior ya que incluso en la población con consumo de alcohol alto, no hay hombres con presencia de riesgo.

En cuanto al porcentaje de grasa de la población estudiada parece constatar que no se ve afectado por el consumo de alcohol, ya que personas con consumo de moderado y alto del mismo y personas sin consumo de alcohol presentan porcentaje de grasa elevado, resultados similares al estudio realizado en Madrid, con 49 sujetos con edades entre 20 y 49 años, el cual tenía como objetivo conocer la relación entre el consumo de alcohol, y la ganancia de peso corporal. En dicho estudio se concluye que el consumo de alcohol, especialmente de la cerveza, no afecta directamente el peso corporal ni tampoco se ve afectado el porcentaje de grasa corporal. (Veses, 2010)

Hay una relación positiva entre la ingesta de ácidos grasos saturados y ácidos grasos trans, con el aumento del colesterol total y colesterol LDL, que a su vez aumenta el riesgo de padecer enfermedades coronarias, dichos ácidos grasos se encuentran presentes en alimentos tales como productos horneados altos en grasa, galletas con relleno, frituras entre otros. (Cabezas, Hernández, & Vargas, 2016). Como se observa en las tablas N°6, N°15 y N°24, alrededor del 40% de los sujetos en las tres poblaciones consume repostería de una a tres veces por semana.

Por otro lado, los alimentos elegidos por la población para acompañar las bebidas alcohólicas son fuentes de grasas saturadas, sodio y la mayoría son alimentos fritos. (Figura N°17). Las bebidas alcohólicas no contienen macronutrientes ni micronutrientes básicos para el equilibrio calórico, además de esto se debe ser consciente acerca de cuáles alimentos se eligen para acompañarlas. El consumo de grasas saturadas (alimentos fritos) es uno de los factores de riesgo de mayor probabilidad para el aumento de peso y así llega a obesidad, que a su vez es un factor de riesgo para desarrollar síndrome metabólico. Este síndrome tiene un gran impacto en el incremento de la enfermedad ateroscleróticas y está asociado fuertemente a la expansión de la epidemia mundial de diabetes tipo dos y de enfermedades cardiovasculares. (Corral, Solórzano, Menndoza, & Vélez, 2018)

En relación con el estado nutricional y el consumo de frutas se puede observar cómo los sujetos sin consumo de alcohol presentan una mayor ingesta de frutas diaria que los sujetos con moderado y alto consumo de alcohol, reflejándose que hay más sujetos con estado nutricional normal, en la población de sujetos sin consumo de alcohol.

Las frutas y vegetales poseen una gran variedad de vitaminas y minerales necesarias para el buen funcionamiento del organismo, y tienen importante relevancia en el fortalecimiento del sistema inmunológico. Generalmente, el consumo de frutas se realiza en tiempos de comida tales como las meriendas que funcionan como barreras para los atracones en los grandes tiempos de comida, de la misma manera, los vegetales son nutrimentos importantes para la salud, y ayudan a completar el plato usualmente en tiempos de comida como el almuerzo y la cena, para evitar consumir en exceso otros grupos de alimentos con mayor carga calórica.

Además de la alteración del estado nutricional, el consumo de bebidas alcohólicas con presencia de enfermedades crónicas tiene consecuencias para la salud, por ejemplo, se

habla de falta de acatamiento a la medicación recomendada para cada patología, de igual manera en muchos fármacos la presencia de alimentos es fundamental, a la hora de ingerir alcohol en muchas ocasiones se omiten tiempos de comida importantes, como la cena o el desayuno, por lo que el fármaco en muchas ocasiones no responde de la misma manera.

Como menciona (Gutiérrez & Hernández, 2019), en dosis alta el consumo de alcohol puede ocasionar una expansión gástrica y a su vez mayor saciedad, lo cual hace omitir o alargar el tiempo entre comidas.

La actividad física contribuye a mantener un estilo de vida saludable, evita que las personas junto con una alimentación equilibrada presenten sobrepeso y obesidad y con esto disminución de factores de riesgo. Esto se ve reflejado en la figura N°13 y N°15, las que muestran que la mayoría de las personas sin consumo de alcohol realizan entre tres y cuatro veces por semana actividad física, asimismo, estos individuos presentan en mayor porcentaje estado nutricional adecuado. Al mismo tiempo que, la población con alto consumo de alcohol, gran parte de ellos, realizan de una a dos veces por semana ejercicio, población que presenta menor cantidad de las personas con estado nutricional adecuado.

En el estudio de (Molina & Ojeda, 2015), se logra observar cómo los pacientes sedentarios presentaron sobrepeso y obesidad combinada en un 84.4%. En cambio, los pacientes no sedentarios presentaron una prevalencia del 66.2%.

En la actualidad, la población no es consciente en lo que respecta el futuro en cuanto a la salud se trata. Muchas personas invierten tiempo y dinero en proyecciones para alcanzar objetivos y metas que les representarían satisfacción y estabilidad, en la edad de la etapa de adulto maduro y adulto mayor, sin embargo, muchas personas no toman con importancia el cuidado de la salud. Existen dos conceptos importantes que son, la mortalidad y la morbilidad; la mortalidad es un hecho para todos los seres humanos, pero,

algunas veces debido al estilo de vida y sus consecuencias, se da una muerte prematura. En cuanto a la morbilidad, representa un porcentaje alto de la población que sufre enfermedades, que como bien lo indica la palabra, son crónicas y deben ir de la mano con un tratamiento generalmente diario.

Según (Herranz, 2018) en general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad. En 2012, unos 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de esta sustancia. El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos, entre las que se encuentran las ECV.

Como se ha venido discutiendo, los malos hábitos como el consumo en exceso de bebidas alcohólicas, alimentos con alto contenido calórico, con grandes cantidades de ácidos grasos saturados, bajo consumo de frutas y vegetales, alto consumo de azúcar, aunado a la inactividad física, el poco acatamiento a fármacos recetados, etc. constituyen un deterioro de la salud a lo largo del tiempo. Si bien, estadísticamente la relación de las variables estudiadas no es significativa, no quiere decir que el estado nutricional y el consumo de alcohol no influya en la presencia de enfermedades crónicas, ya que según algunos autores indican la presencia de estas generalmente no inician en edades jóvenes, es por eso que queda una invitación a dar continuación al tema para seguir investigando las variables, y en futuras investigaciones dar seguimiento a la población estudiada para conocer si al alcanzar mayor edad, hay presencia de enfermedades.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- La población estudiada en la presente investigación está conformada, mayoritariamente, por mujeres, además la mayoría rondan edades entre 25 y 34 años. De igual manera, gran parte de la población presenta estudios universitarios.
- La mayor cantidad de las personas estudiadas presentan un consumo de alcohol moderado. El menor porcentaje de la población consume alcohol en cantidades altas.
- De acuerdo con los resultados obtenidos, el mayor porcentaje de la población no presenta enfermedades crónicas diagnosticadas.
- No se da una relación significativa del consumo de alcohol con el estado nutricional. En la población clasificada con alto consumo de alcohol, prevalece estado nutricional normal.
- Existe una amplia variedad de consumo de productos, se refleja cómo el consumo de azúcares y carbohidratos simples se realiza en repetidas ocasiones durante la semana. La mayor cantidad de las personas consume productos fuentes de proteína todos los días, además el consumo de grasas fuentes de ácidos grasos saludables también prevalece.
- Se concluye que no hay una relación entre la cantidad de alcohol que consume una persona, y el estado nutricional, la que es negativa también la relación con la prevalencia de enfermedades crónicas, conclusión exclusivamente para datos de la presente investigación. Sin embargo, el consumo de alcohol si es un fuerte factor de riesgo para el deterioro de la salud, y además hay otros distintos factores que modifican el estado nutricional de una persona, lo que puede contribuir a desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles.

6.2 RECOMENDACIONES

- Evaluar la composición corporal y analizar exámenes bioquímicos de la población estudiada para tener mayor conocimiento del estado de salud.
- Dar seguimiento a la población estudiada para observar si hay presencia de enfermedades crónicas a lo largo del tiempo y verificar si los factores de riesgo presentes, contribuyen al desarrollo de estas.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara, V., & Pérez, A. (2016). Tratamiento de la diabetes mellitus (I). *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(18), 1001-1012.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2016.09.010>
- Ángeles Carbajal. (2013). *Manual de Nutrición y Dietética*. Recuperado de
<https://eprints.ucm.es/22755/1/Manual-nutricion-dietetica-CARBAJAL.pdf>
- Association, A. D. (2016). 2. Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care*, 39(Supplement 1), S13-S22. <https://doi.org/10.2337/dc16-S005>
- Barreto, & De la Cruz. (2015). *Relación de los valores antropométricos índice de masa corporal, perímetro abdominal y perímetro braquial con los parámetros bioquímicos colesterol y triglicéridos en gerentes de la casa Hogar San Martín de Porres, Lima, año 2015*. Recuperado de
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1465/TITULO%20-%20Barreto%20Ugarte%2c%20Mayele%20Flor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bell, S., Daskalopoulou, M., Rapsomaniki, E., George, J., Britton, A., Bobak, M., ... Hemingway, H. (2017). Association between clinically recorded alcohol consumption and initial presentation of 12 cardiovascular diseases: Population based cohort study using linked health records. *BMJ*, 356, j909.
<https://doi.org/10.1136/bmj.j909>
- Brenes, H., & Ministerio de Salud. (2011). *Actividad física*. Recuperado de
https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/actividad%20fisica.pdf
- Bustos M, P., Amigo C, H., Arteaga Ll, A., Acosta B, A. M., & Rona, R. J. (2003). Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes. *Revista*

médica de Chile, 131(9), 973-980. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872003000900002>

- Cabezas, C. C., Hernández, B., & Vargas, M. (2016). *Aceites y grasas: Efectos en la salud y regulación mundial*. 64. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00761.pdf>
- Cardozo, Yamir, Guzmán, & Torres. (2016). *Porcentaje de grasa y prevalencia de sobrepeso-obesidad en estudiantes universitarios de rendimiento deportivo de Bogotá, Colombia*. Recuperado de <http://revista.nutricion.org/PDF/cardozo.pdf>
- Carlos Gonzales Salamea. (2018). *Actualización en el manejo de prediabetes y diabetes tipo 2 en aps*.
- Consumo de Alcohol en Población General · Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (s. f.). Recuperado 15 de noviembre de 2019, de IAFA website: <http://datosabiertos.iafa.go.cr/dashboards/19672/consumo-de-alcohol-en-poblacion-general/>
- Corral, G., Solórzano, L., Menndoza, K., & Vélez, D. (2018). *Síndrome metabólico y trastornos nutricionales: Un problema de salud pública*. 2. Recuperado de <file:///C:/Users/PC/Downloads/Dialnet-SindromeMetabolicoYTrastornosNutricionales-6732765.pdf>
- Cortes, C. M., Raygoza, N. P., & Sandoval, S. del C. D. (2018). RELACIÓN DE ESTRÉS Y CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2. *JÓVENES EN LA CIENCIA*, 4(1), 498-501.
- Cortés, E., & IAFA. (2012). *Aportes teóricos y metodológicos para evaluar el impacto en la salud asociada al uso nocivo de alcohol*. Recuperado de <https://www.iafa.go.cr/images/descargables/conocimiento/aportesteoricosymetodologicosimpactosaludconsumonocivoalcohol-2012.pdf>

Educalcohol. (s.f). *Alcohol y consumo de bajo riesgo para adultos sanos*. Recuperado de http://www.educalcoholcr.org/files/program/16_folleto_educalcoholconsumodebajoriesgo.pdf

Erika Duran, Julieth Mendoza, Delia Moya, & Maria Stella Campos. (2014). *Las enfermedades crónicas no transmisibles y el uso de tecnologías de información y comunicación: Revisión sistemática*. 5.

Escobar, F., & Rocio Robledo. (2010). *Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia*. 3. Recuperado de <file:///C:/Users/PC/Downloads/17968-57896-1-PB.pdf>

Esquivel Viviana, & Jiménez Maristela. (2010). *Aspectos nutricionales en la prevención y tratamiento de la presión arterial*. Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v19n1/a08v19n1>

Evans, M., & Pérez, J. (2016). *Tendencias del índice de masa corporal en Costa Rica de 1975 al 2014*. Recuperado de <file:///C:/Users/PC/Downloads/Dialnet-TendenciasDelIndiceDeMasaCorporalEnCostaRicaDe1975-5633902.pdf>

Fernández, Moral, Piug, Vilella, & Brotons. (2019). *Actividad física y prevención cardiovascular*. Recuperado de <file:///C:/Users/PC/Downloads/357230-515222-1-SM.pdf>

Fundación Española del Corazón. (2014). La medida del perímetro abdominal es un indicador de enfermedad cardiovascular más fiable que el IMC. Recuperado 2 de julio de 2019, de Fundación Española del Corazón website: <https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2264-medida-perimetro-abdominal-es-indicador-enfermedad-cardiovascular-mas-fiable-imc.html>

- García Betancourt, N., Morales Rigau, J. M., González Pino, M., Serrano Dueñas, Y., Trujillo Rodríguez, Y., & Morales Fuentes, M. A. (2015). Prevalencia del alcoholismo y factores asociados. Municipio Matanzas. 2011-2012. *Revista Médica Electrónica*, 37(2), 130-140.
- García, J., García, C., Bellido, V., & Bellido, D. (2018). *Nuevo enfoque de la nutrición. Valoración del estado nutricional del paciente: Función y composición corporal*. Recuperado de file:///C:/Users/PC/Downloads/MA-02027-01.pdf
- Gijón-Conde, T., Gorostidi, M., Camafort, M., Abad-Cardiel, M., Martín-Rioboo, E., Morales-Olivas, F., ... Segura, J. (2018). Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 35(3), 119-129.
<https://doi.org/10.1016/j.hipert.2018.04.001>
- González Sánchez, R., Llapur Milián, R., Díaz Cuesta, M., Illa Cos, M. del R., Yee López, E., & Pérez Bello, D. (2015). Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. *Revista Cubana de Pediatría*, 87(3), 273-284.
- Guadalupe, J., & Enrique, M. (2017). *EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA ALCOHOL CONSUMPTION AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM*. 13.
- Guadalupe, J., & Enrique, M. (s. f.). *EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA ALCOHOL CONSUMPTION AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM*. 13.
- Gutiérrez, A., & Hernández, D. (2019). *Consumo de bebidas alcohólicas y su relación con los hábitos alimenticios de estudiantes universitarios*. Recuperado de <https://repositorio.unicach.mx/handle/20.500.12114/2227>

- Herranz, E. (2018). *CONSUMO DE ALCOHOL, SÍNDROME METABÓLICO Y DESARROLLO DE DIABETES TIPO 2*. Recuperado de http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/176993/TFG_2018_HerranzMartinElena.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- INCAP. (s. f.). *Alimentación en la etapa adulta*. Recuperado de <http://www.incap.int/dmdocuments/inf-edu-alimnut-COR/temas/6.alimentacionenlaedadadulta/pdf/6.alimentacionenlaedadadulta.pdf>
- Judith E. Brown. (2014). *Nutrición en las diferentes etapas de la vida* (Quinta Edición). México: Mc Grw Hill.
- Lopategui. (2008). *Determinación del índice de masa corporal (índice de Quetelet)*. Recuperado de http://www.saludmed.com/LabFisio/PDF/LAB_I23-Indice_Masa_Corporal.pdf
- Martínez, M. A., Leiva, A. M., Petermann-Rocha, F., Garrido, A., Celis-Morales, C., Martínez, M. A., ... Celis-Morales, C. (2018). Consumir más de 100 g de alcohol a la semana aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares y disminuye la esperanza de vida. *Revista médica de Chile*, 146(9), 1087-1088. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000901087>
- Mendez-Ruiz, M., Guzmán-Ramírez, V., Ahumada-Cortez, J., Guadalupe Yáñez-Castillo, B., & Rosalina Medina-Briones, M. (2017). *Consumo de Alcohol: Epidemiología, Prevención y Tratamiento*.
- Ministerio de Salud. (2013). *Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009*. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/centro-de-informacion/material-publicado/investigaciones/encuestas-de-salud/encuestas-de-nutricion/2731-encuesta-nacional-de-nutricion-2008-2009-fasciculo-1-antropometria/file>

- Molina, M., & Ojeda, M. (2015). *Prevalencia y factores asociados a sobrepeso y obesidad en pacientes entre 40 y 65 años. Hospital "José Carrasco Arteaga", 2013. 1.* Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Marco_Orellana2/publication/304562016_PREVALENCIA_Y_FACTORES_ASOCIADOS_A_SOBREPESO_Y_OBESIDAD_EN_PACIENTES_ENTRE_40_Y_65_ANOS_HOSPITAL_JOSE_CARRASCO_ARTEAGA_2013/links/5a0ced9ea6fdcc39e9bfb939/PREVALENCIA-Y-FACTORES-ASOCIADOS-A-SOBREPESO-Y-OBESIDAD-EN-PACIENTES-ENTRE-40-Y-65-ANOS-HOSPITAL-JOSE-CARRASCO-ARTEAGA-2013.pdf
- Monereo, S, Arnoriaga, M, Olmedilla, I, Yoko, L, & Martínez de Icaya, P. (2016). *Papel de las bebidas fermentadas en el mantenimiento del peso perdido. 33.* Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309246965009.pdf>
- Monteiro, M. G., & Pan American Health Organization. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Moreno Otero, R., & Cortés, J. R. (2008). Nutrición y alcoholismo crónico. *Nutrición Hospitalaria, 23*, 3-7.
- National Institutes of Health. (2016). *Datos sobre la tiamina.* Recuperado de <https://ods.od.nih.gov/pdf/factsheets/Thiamin-DatosEnEspanol.pdf>
- OMS | Diabetes. (s. f.). Recuperado 12 de junio de 2019, de WHO website: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/

- OPS. (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/NCD-SP-low.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe mundial sobre la diabetes*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf;jsessionid=8242618B8A2BD08D0DF6C2DB52CBBA81?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Alcohol. Recuperado 2 de julio de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *La Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles para 2012-2025*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CSP28-Res-Strat-Spa.pdf>
- Paredes Díaz, R., Orraca Castillo, O., Marimón Torres, E. R., Casanova Moreno, M. C., & Véliz Martínez, D. M. (2015a). Influencia del tabaquismo y el alcoholismo en el estado de salud de la población pinareña. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(1), 46-55.
- Paredes Díaz, R., Orraca Castillo, O., Marimón Torres, E. R., Casanova Moreno, M. C., & Véliz Martínez, D. M. (2015b). Influencia del tabaquismo y el alcoholismo en el estado de salud de la población pinareña. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(1), 46-55.
- Pizarro Q, T. (2007). Intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista chilena de pediatría*, 78(1), 76-83. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062007000100011>

- Prospero, Óscar. (2014). *Alcoholismo*. Recuperado de https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65_1/PDF/Alcoholismo.pdf
- Radhakrishnan, K. (2011). *The efficacy of tailored interventions for self-management outcomes of type 2 diabetes, hypertension or heart disease: A systematic review*. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2648.2011.05860.x>
- Raya, A. V., Aguirre, A. Á., Vargas, R. R., & Andrade, M. L. (2017). CONSUMO DE ALCOHOL Y ESTILO DE VIDA DE LOS TRABAJADORES. *JÓVENES EN LA CIENCIA*, 3(2), 32-37.
- Salas-Salvadó, J., Sanjaume, A. B. i, Casañas, R. T., Solà, M. E. S. i, & Peláez, R. B. (2019). *Nutrición y dietética clínica*. Elsevier Health Sciences.
- Santiago Evora. (2017). *Alcohol y fisiología humana. Donde todo comienza: El alcohol en el aparato digestivo. Capítulo 2*.
- Seminario Universidad. (2019). *Hacienda revela nuevos productos de la canasta básica que pagarán 1% del IVA*. Recuperado de <https://semanariouniversidad.com/ultima-hora/hacienda-revela-productos-de-la-canasta-basica-que-pagaran-1-del-iva-a-partir-del-2020/>
- Tobar, S., & Buss, P. M. (2018). *Mercosur Frente a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)*. <https://doi.org/10.28917/ism.2018-v2-90>
- Vargas, J. A. D. L. C., Santos, F. dos, Dyzynger, W., Herzog, S., Villegas, H., & Ezinga, M. (2017). Medicina del Estilo de Vida: Trabajando juntos para revertir la epidemia de las enfermedades crónicas en Latinoamérica. *Ciencia e Innovación en Salud*. <https://doi.org/10.17081/innosa.4.2.2870>


Veses. (2010). *Asociación entre el consumo moderado de cerveza tradicional y sin alcohol y la composición corporal*. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/36050783.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. DECLARACIÓN JURADA

Declaración jurada

Yo Ana Belén Abarca Navarro, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 1-01688 0121 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 BACHILLERATO / LICENCIATURA EN NUTRICIÓN, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: Relación del estado nutricional y prevalencia de enfermedades crónicas en personas con ingesta de alcohol alta, moderada y sin consumo de alcohol en edades entre 25 y 50 años de edad en el cantón de Pérez Zeledón, 2019; 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 doce días del mes de diciembre del año dos mil diecinueve.

 1-16880121

Firma del estudiante

Cédula

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

ESCUELA DE NUTRICIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Relación del estado nutricional y prevalencia de enfermedades crónicas en personas con ingesta de alcohol alta, moderada y en sobriedad total de edades entre 25 y 50 años de edad en el cantón de Pérez Zeledón, 2019.

Nombre del Investigador (a) Principal: Ana Belén Abarca Navarro.

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

La investigación se estará realizando por una estudiante de la carrera de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, el motivo de la investigación es conocer las características del consumo de alcohol que poseen los adultos, junto al estado nutricional y así poder relacionarlo con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Dicha investigación se realizará en Pérez Zeledón en un periodo de no más de 3 meses.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

1. Se medirá el peso en una balanza, donde a la vez se determina porcentaje de grasa, con un tallímetro la estatura, y con una cinta métrica la circunferencia abdominal. Además, se llenará un cuestionario que consiste en una serie de preguntas sencillas.
2. El requisito para formar parte de la investigación es no consumir alcohol, o consumir altas cantidades del mismo, a su vez ser adultos entre 25 y 50 años de edad, padecer alguna enfermedad crónica y además pertenecer al cantón de Pérez Zeledón.
3. Cuando usted acepta formar parte de la investigación, se compromete a brindar datos confiables y reales.
4. El tiempo de duración de la investigación es de alrededor de 12 meses, sin embargo, su participación no será mayor a 3 meses.

C. RIESGOS:

Como resultado de su participación en este estudio, no representara ningún riesgo hacia su persona.

D. BENEFICIOS:

Como resultado de su participación en este estudio, el beneficio que obtendrá será conocer su estado nutricional actual, educación de hábitos alimentarios, que podrían asociarse a su enfermedad y de esta formar mejorar su salud.

- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con él (la) investigador(a): *Ana Belén Abarca Navarro* quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando al investigador a cargo al teléfono (83142159) en el horario (L-V: 8am-6pm) Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana **al teléfono 2241-9090**, de lunes a viernes en el horario de 8 am a 5 pm.
- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho **de negarse a participar o a interrumpir** su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.
- H.** Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.
- I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

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

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

Nombre, cédula y firma del testigo
fecha

Ana Belén Abarca Navarro / 1-16880121 /

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

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

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

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

ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumento de recolección de datos para la investigación titulada: “Relación del estado nutricional y prevalencia de enfermedades crónicas en personas con ingesta de alcohol alta y moderada y personas con sobriedad total de edades entre 25 y 50 años de edad en el cantón de Pérez Zeledón, 2019”.

A cargo de la estudiante de la Universidad Hispanoamericana, Ana Belén Abarca Navarro.

La información brindada es confidencial y su uso es exclusivamente para fines académicos para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición.

Marque con una (X) en la casilla que corresponde, por favor.

A. Criterios de exclusión.

Si contesta en alguna de las siguientes preguntas la opción "Sí" se agradece su colaboración, no es necesario continuar.

1. ¿Es una mujer embarazada o en período de lactancia?
 Sí
 No

2. ¿Alguna vez ha faltado al trabajo o estudio por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?
 Sí
 No

3. ¿Alguna vez ha consultado a un servicio de salud por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?
 Sí
 No

4. ¿Algunas vez ha tenido problemas familiares por el consumo de bebidas alcohólicas o drogas?
 Sí
 No

5. ¿Padece alguna enfermedad respiratoria?
 Sí
 No

B. Características del perfil sociodemográfico, enfermedades crónicas presentes y características del consumo de alcohol.

1. Edad
 25-34 años
 35-44 años
 45-50 años
 Menos a 25 años o mayor a 50 años (Si marcó esta opción no es necesario continuar con las otras respuestas, agradecemos su colaboración).

2. Género
 Femenino
 Masculino

3. Escolaridad
- Primaria incompleta
 - Primaria completa
 - Secundaria incompleta
 - Secundaria completa
 - Universidad incompleta
 - Universidad completa
4. ¿Padece alguna de estas enfermedades?
- Diabetes
 - Hipertensión
 - Dislipidemias (Colesterol y triglicéridos elevados)
 - Ninguna
5. En caso de padecer alguna de las patologías anteriores, ¿utiliza medicamentos para su control?
- Sí
 - No
6. En su familia, ¿hay antecedentes de las enfermedades mencionadas (diabetes, hipertensión o dislipidemias)?
- Sí
 - No
7. ¿Consume alcohol? Si la respuesta es no, pasar a la pregunta número 13.
- Sí
 - No
8. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume por ocasión?
- 1 bebida
 - 2 bebidas
 - 3 bebidas
 - Más de 4 bebidas
9. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume por semana?
- Menos de 10
 - 10 bebidas
 - 15 bebidas
 - Más de 15 bebidas
10. ¿Qué tipo de bebida alcohólica consume generalmente?

- Alcohol destilado (whisky, ron, vodka)
- Cerveza
- Vino
- Cocteles

11. Cuando consume alcohol, ¿acompaña la bebida con algún tipo de comida?

- Sí
- No

12. Indique 3 alimentos con los que prefiere acompañar las bebidas.

13. ¿Realiza actividad física?

- Sí
- No

14. ¿Con qué frecuencia realiza actividad física?

- Todos los días
- 1-2 veces por semana
- 3-4 veces por semana
- 5-6 veces por semana

15. ¿Cuál es el lapso de tiempo que usted suele realizar a la hora de practicar ejercicio?

- 10-20 min
- 20-30 min
- 30-60 min
- Más de 60 min

C. Evaluación dietética mediante una frecuencia de consumo de alimentos.

En la columna izquierda se encuentra una lista de alimentos, marque con una (x) si lo consume todos los días, 4-6 veces por semana, de 1-3 veces por semana, si lo consume solo una vez al mes o si nunca consume ese alimento.

Alimento	Todos los días	4 a 6 veces por semana	1 a 3 veces por semana	1 vez al mes	Nunca
Pan baguette					
Pan cuadrado					
Arroz					
Frijoles					
Plátano maduro frito					
Papas fritas					
Pasta					
Avena					
Cereales de desayuno					
Leche entera					
Leche semidescremada a 2%					
Leche descremada 0%					
Yogurt					
Alimentos	Todos los días	4 a 6 veces por semana	1 a 3 veces por semana	1 vez al mes	Nunca
Galletas dulces					
Galletas saladas					
Repostería					
Frutas					
Frutas					
Verduras					
Ensalada verde					
Carne de cerdo					

Pollo					
Huevo					
Pescado					
Atún					
Queso					
Queso crema					
Mantequilla					
Margarina					
Aceite vegetal					
Aceite de oliva					
Tocino					
Aguacate					
Natilla					
Comidas rápidas (McDonald's, KFC, BK...)					
Azúcar					
Mermelada					
Embutidos					

Agradezco su colaboración, cualquier duda comunicarse al 83142159.

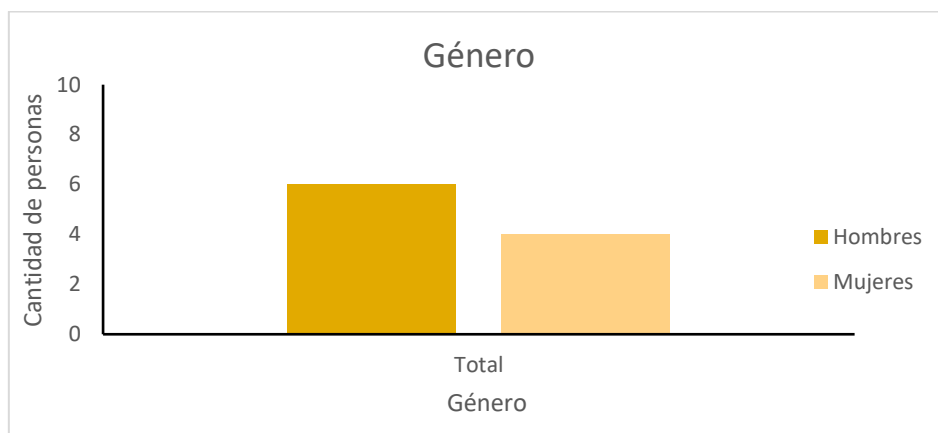
D. Evaluación antropométrica.

Instrumento de evaluación de estado nutricional.

Indicador	#1	#2	Promedio
Peso			
Talla			

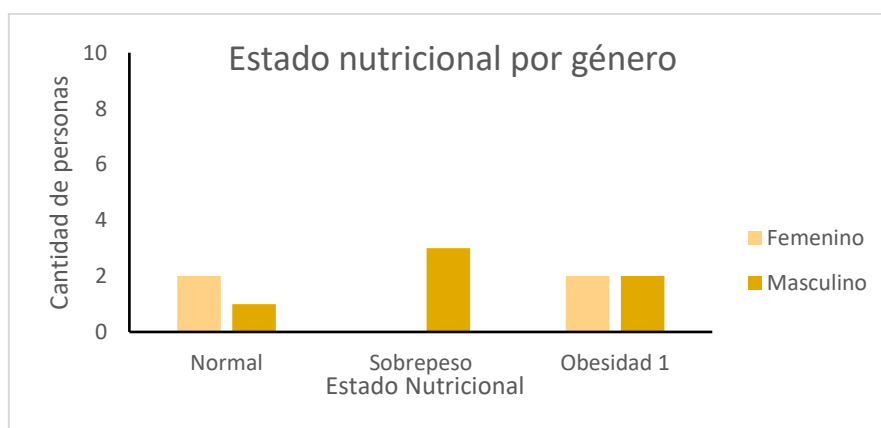
IMC			
Diagnóstico			
Porcentaje de grasa			
Perímetro abdominal			

ANEXO 4. RESULTADOS DE PLAN PILOTO



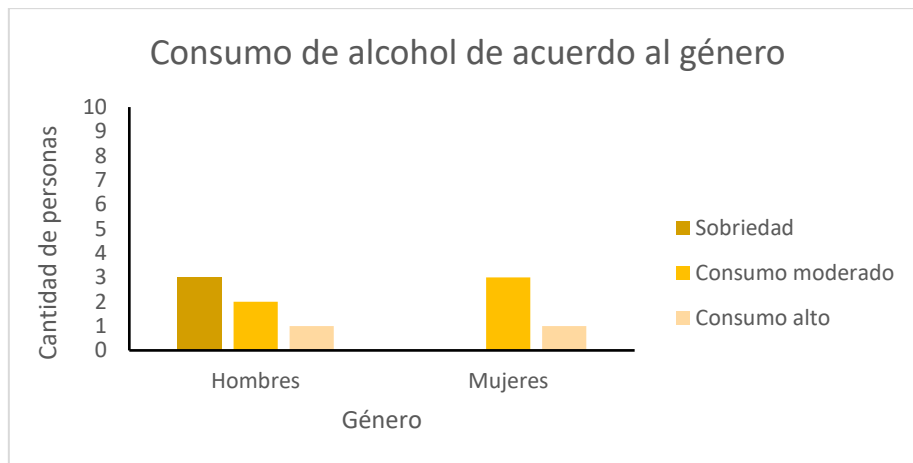
Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. Género de la población.



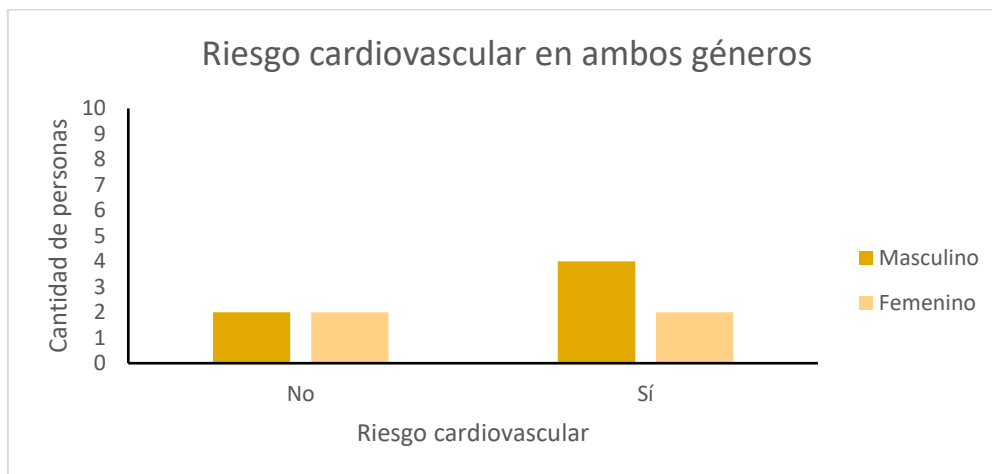
Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Estado nutricional por género.



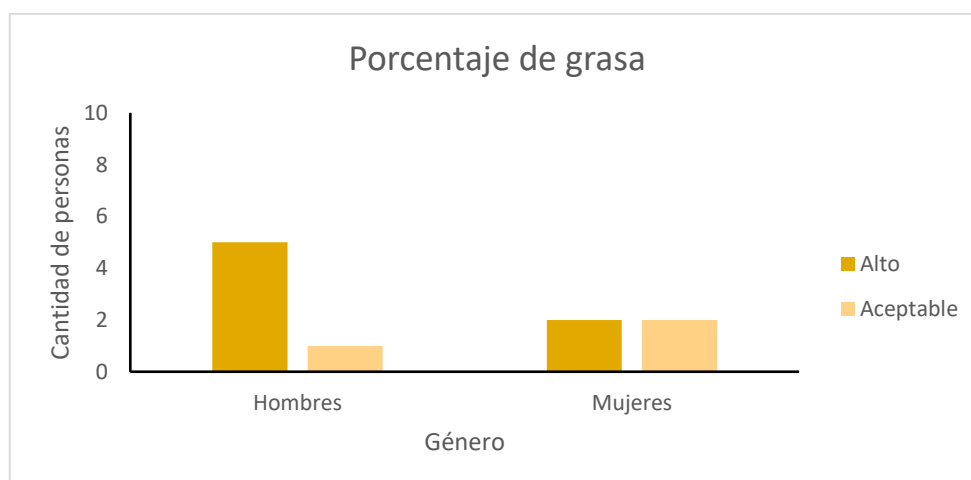
Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Clasificación del consumo de alcohol según género.



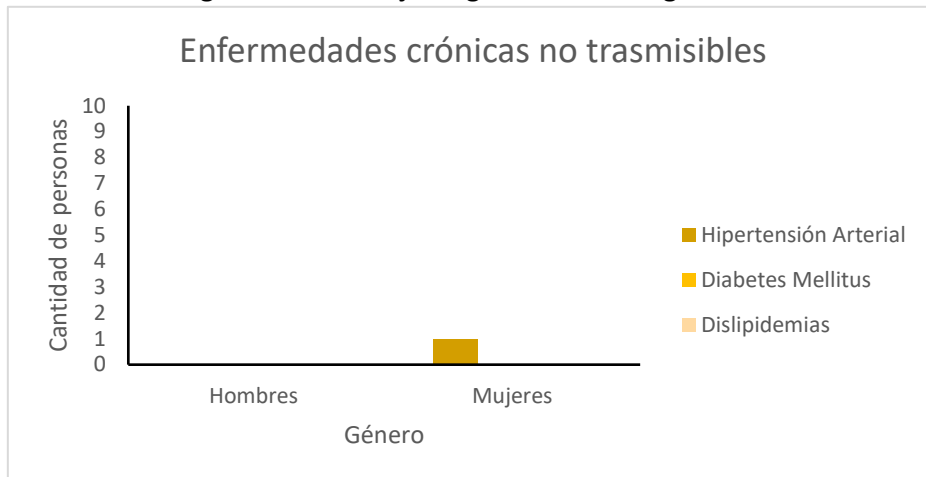
Fuente: Elaboración propia.

Figura 4. Riesgo cardiovascular en ambos géneros.



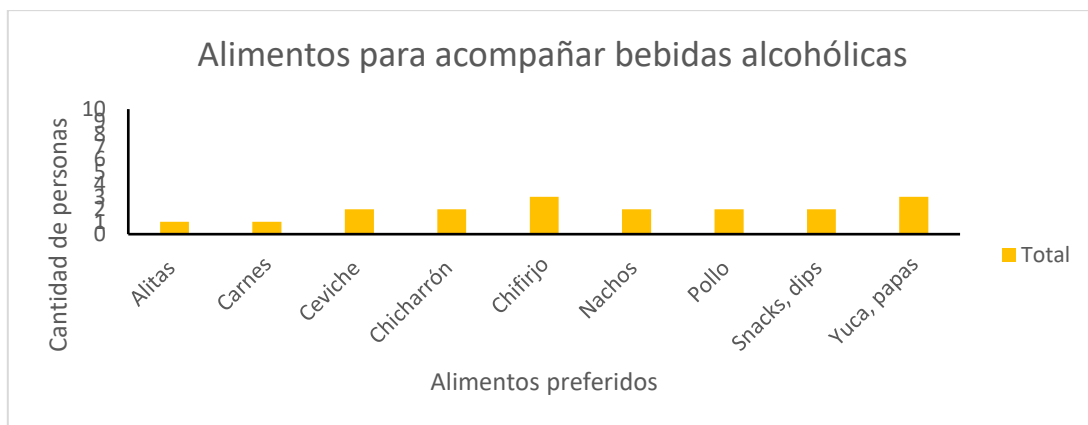
Fuente: Elaboración propia.

Figura 5. Porcentaje de grasa de ambos géneros.



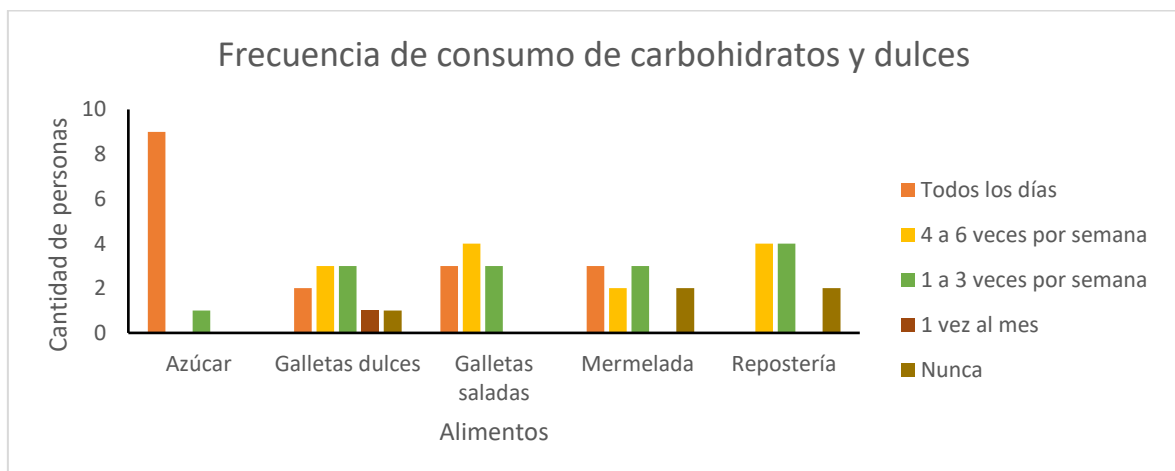
Fuente: Elaboración propia.

Figura 6. Presencia de enfermedades crónicas en ambos géneros.

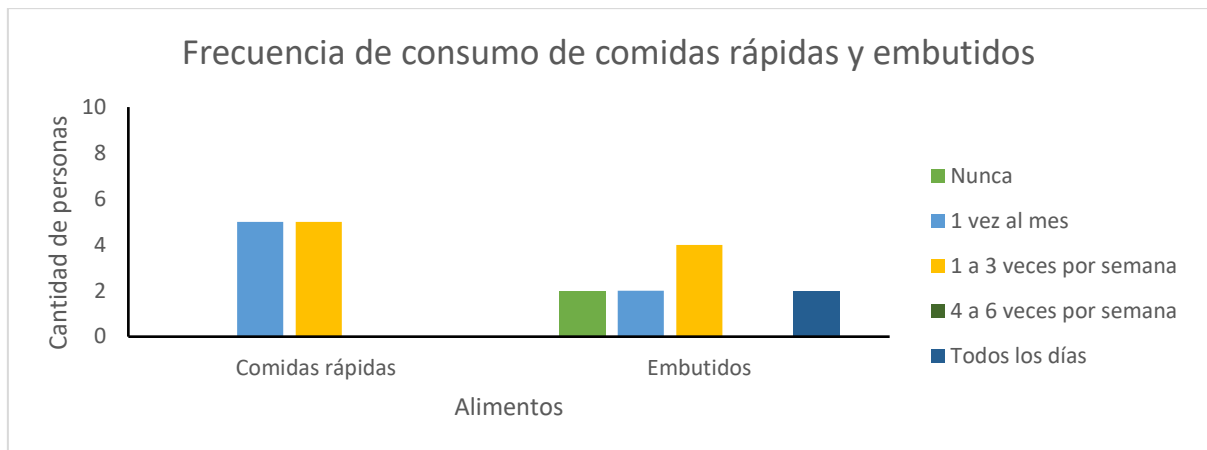


Fuente: Elaboración propia.

Figura 7. Alimentos preferidos para acompañar las bebidas alcohólicas.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 8. Frecuencia de consumo de carbohidratos simples y azúcar.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 9. Frecuencia de consumo de comidas rápidas y embutidos.

ANEXO 5. CARTA DEL TUTOR

San José, 12 de diciembre del 2019

Departamento de Registro
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

Estimados señores:

La estudiante Ana Belén Abarca Navarro, cédula de identidad número 116880121, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN PERSONAS CON INGESTA DE ALCOHOL ALTA, MODERADA Y SIN CONSUMO DE ALCOHOL EN EDADES ENTRE 25 Y 50 AÑOS DE EDAD EN EL CANTÓN DE PÉREZ ZELEDÓN, 2019" 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%	18
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18
	TOTAL	100	94

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

Atentamente,


Dra. Vanessa Mando Vargas
Tutora
CPN: 349-10

ANEXO 6. CARTA DEL LECTOR

San José, 19 de febrero de 2020.-

Señores

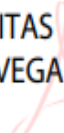
Universidad Hispanoamericana

Estimados Señores

En calidad de lectora metodológica doy por aprobado el trabajo final de graduación presentado por Ana Belén Abarca Navarro, denominado "RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN PERSONAS CON INGESTA DE ALCOHOL ALTA, MODERADA Y SIN CONSUMO DE ALCOHOL EN EDADES ENTRE 25 Y 50 AÑOS DE EDAD EN EL CANTÓN DE PÉREZ ZELEDÓN, 2019".

El trabajo de la estudiante Abarca Navarro ha logrado el nivel deseado para continuar con el proceso.

MERCEDITAS
LIZANO VEGA
(FIRMA)



Firmado digitalmente
por MERCEDITAS
LIZANO VEGA (FIRMA)
Fecha: 2020.03.04
12:02:42 -06'00'

MSc Merceditas Lizano Vega
Catedrática Universitaria
Universidad Hispanoamericana

ANEXO 7. CARTA DEL FILÓLOGO

26 de Febrero, 2020

Señores
Comisión de Trabajos Finales de Graduación
Universidad Hispanoamericana
Carrera de Nutrición

Estimados señores:

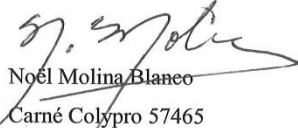
Yo, Noel Molina Blanco, cédula ocho cero cuarenta y seis cero quinientos ochenta y siete, vecino de San Juan de Tibás, de profesión Licenciado en Filología clásica, y que cuento con conocimientos y experiencia en revisión filológica de textos, doy fe de haber revisado el trabajo final de graduación de la sustentante Ana Belén Abarca Navarro, titulado "Relación del estado nutricional y prevalencia de enfermedades crónicas en personas con ingesta de alcohol alta, moderada y sin consumo de alcohol en edades entre 25 y 50 años en el cantón de Pérez Zeledón, 2019", para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición.

Después de la revisión y corrección del estudiante, considero que el Informe del Trabajo Final de Graduación indicado anteriormente, cuenta con la revisión y corrección filológica en aspectos fundamentales que lo hacen apto para ser presentado al proceso de evaluación de los Trabajos Finales de Graduación en el nivel de Licenciatura.

Quedo a su disposición para cualquier consulta en:

Email: noelmolina16@hotmail.com
Teléfono celular: 84199224
Carné Colypro 57465

De ustedes muy atentamente,


Noel Molina Blanco
Carné Colypro 57465

BIBLIOTECA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

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

San José, 21 mayo 2020.


Señores:
Universidad
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Ana Belén Abarca Navarro con número de identificación 1-16880121 autor (a) del trabajo de graduación titulado RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN PERSONAS CON INGESTA DE ALCOHOL ALTA, MODERADA Y SIN CONSUMO DE ALCOHOL EN EDADES ENTRE 25 Y 50 AÑOS EN EL CANTÓN DE PÉREZ ZELEDÓN, 2019 como requisito para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición; si autorizo a la Biblioteca de la Universidad Hispanoamericana para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,


Firma y Cédula de Identidad 1-16880121.