

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

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

**Relación de la calidad de la dieta, estado
nutricional y la presencia de síntomas de
reflujo gastroesofágico, en mujeres de 50 a 70
años del distrito de Quebradilla**

DIANA MELISSA HERNÁNDEZ ALFARO

Junio, 2026

Tabla de Contenido

Índice de Tablas	6
Índice de Figuras	8
Dedicatoria.....	9
Agradecimiento	10
Resumen	11
Abstract.....	12
Capítulo I: Problema de Investigación	13
Planteamiento del Problema	14
Antecedentes del Problema.....	14
Antecedentes Internacionales.....	14
Antecedentes Nacionales	19
Delimitación del Problema	21
Justificación	21
Redacción del problema central: pregunta de la investigación.....	22
Objetivos de la Investigación.....	22
Objetivo General.....	22
Objetivos específicos	23
Alcances y Limitaciones	23
Alcances de la Investigación	23
Limitaciones de la Investigación.....	23
Capítulo II: Marco Teórico	24
Contexto Teórico Conceptual	25
Calidad de la Dieta.....	25
Indicadores:	25
Efecto de la Calidad de la Dieta en la Salud:	27
Calidad de la Dieta en Mujeres de 50 a 70 años:	27
Estado Nutricional	28
Métodos de evaluación:.....	29
Factores determinantes:.....	30

Estado nutricional en mujeres de 50 a 70 años:	30
Síntomas de Reflujo Gastroesofágico	31
Factores de riesgo:.....	33
Métodos de evaluación:.....	35
Relación con la Alimentación y el Estado Nutricional:	36
Capítulo III: Marco Metodológico	38
Enfoque de Investigación	39
Tipo de Investigación.....	39
Unidades de Análisis u Objetos de Estudio	39
Área de estudio	39
Población	39
Muestra	40
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	41
Instrumentos para la Recolección de la información.....	41
Parte I, datos generales:.....	42
Parte II, datos sociodemográficos:	42
Parte III, frecuencia de consumo de alimentos:	42
Parte IV, síntomas de reflujo gastroesofágico:	43
Parte V, estado nutricional:.....	43
Validez del Cuestionario	43
Índice de Alimentación Saludable (HEI-2015):	44
Cuestionario GERD-Q:	49
Cuestionario de elaboración propia:.....	51
Confiabilidad del Cuestionario	51
Diseño de la Investigación.....	51
Operacionalización de Variables.....	52
Plan Piloto, Validación de instrumentos	58
Procedimiento de Recolección de Datos.....	58
Organización de los Datos	59
Análisis de los Datos.....	59
Capítulo IV: Presentación de Resultados.....	61

Presentación de Resultados Univariados	62
Características Sociodemográficas	62
Calidad de la Dieta.....	63
Síntomas de Reflujo Gastroesofágico	69
Estado Nutricional	76
Presentación de Resultados Bivariados	79
Relación entre el Estado Nutricional y la Presencia de Síntomas de Reflujo Gastroesofágico	79
Relación de la Calidad de la Dieta con la Presencia de Síntomas de Reflujo Gastroesofágico	81
Relación entre la Calidad de la Dieta y el Estado Nutricional.....	82
Relación entre el Consumo de Medicamentos y la Presencia de Síntomas de Reflujo Gastroesofágico	83
Capítulo V: Discusión y Análisis de los Resultados	85
Análisis de Resultados Univariados	86
Características Sociodemográficas	86
Calidad de la Dieta.....	88
Síntomas de Reflujo Gastroesofágico	90
Estado Nutricional	93
Análisis de Resultados Bivariados	96
Relación entre el Estado Nutricional y la Presencia de Síntomas de Reflujo Gastroesofágico	96
Relación de la Calidad de la Dieta con los Síntomas de Reflujo Gastroesofágico.....	98
Relación entre la Calidad de la Dieta y el Estado Nutricional.....	99
Relación entre el Consumo de Medicamentos y Síntomas de Reflujo Gastroesofágico	101
Capítulo VI: Conclusiones y Recomendaciones	103
Conclusiones.....	104
Recomendaciones	106
Referencias	107
Abreviaturas.....	122
Anexos	123
Anexo 2. Consentimiento Informado para Prueba Piloto y Recolección Final de Datos	123

Anexo 2. Instrumento Utilizado en la Prueba Piloto	124
Anexo 3. Resultados del Plan Piloto.....	130
Anexo 4. Instrumento Utilizado para la Recolección de Datos	136
Declaración Jurada	143
Carta de Aprobación del Tutor	144
Carta de Aprobación del Lector.....	145
Carta de Autorización del CENIT	146

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Descripción de indicadores de calidad de la dieta</i>	26
Tabla 2. <i>Definición métodos de evaluación estado nutricional</i>	29
Tabla 3. <i>Descripción de los síntomas de reflujo gastroesofágico</i>	32
Tabla 4. <i>Cuestionarios de evaluación y su función</i>	35
Tabla 5. <i>Criterios de Inclusión y Exclusión</i>	41
Tabla 6. <i>Puntaje de cada variable del Índice de Alimentación Saludable para componentes con puntuación máxima de 10pts</i>	45
Tabla 7. <i>Puntaje de cada variable del Índice de Alimentación Saludable para componentes con puntuación máxima de 5pts</i>	47
Tabla 8. <i>Escala calidad de dieta</i>	49
Tabla 9. <i>Interpretación resultados cuestionario GERD-Q</i>	50
Tabla 10. <i>Cuadro de operacionalización de las variables</i>	53
Tabla 11. <i>Características sociodemográficas de la población en estudio (n=96)</i>	62
Tabla 12. <i>Frecuencia de consumo de grupos de alimentos en la población de estudio (n=96)</i>	63
Tabla 13. <i>Clasificación de la calidad de la dieta de la población en estudio (n=96)</i>	66
Tabla 14. <i>Porcentaje de consumo favorable por grupos de alimentos según la categoría de calidad de la dieta</i>	67
Tabla 15. <i>Frecuencia de síntomas gastrointestinales en los últimos 7 días, en la población de estudio según el GERD-Q (n=96)</i>	70
Tabla 16. <i>Presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico de la población en estudio (n=96)</i>	71
Tabla 17. <i>Porcentaje de presencia de síntomas específicos según la categoría de reflujo gastroesofágico</i>	72
Tabla 18. <i>Conocimiento de la población en estudio acerca de alimentos que generan síntomas de reflujo gastroesofágico (n=96)</i>	74
Tabla 19. <i>Consumo de medicamentos y presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico asociados a su consumo, en la población en estudio (n=96)</i>	75
Tabla 20. <i>Clasificación del índice de masa corporal de la población en estudio (n=96)</i> ...	76
Tabla 21. <i>Clasificación de la circunferencia abdominal de la población en estudio (n=96)</i>	77
Tabla 22. <i>Relación entre el IMC y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico de la población en estudio (n=96)</i>	79
Tabla 23. <i>Relación entre la circunferencia abdominal y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico de la población en estudio (n=96)</i>	80
Tabla 24. <i>Relación entre la calidad de la dieta y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico de la población en estudio (n=96)</i>	81
Tabla 25. <i>Relación entre la calidad de la dieta y el IMC de la población en estudio (n=96)</i>	82

Tabla 26. <i>Relación entre la calidad de la dieta y la circunferencia abdominal de la población en estudio (n=96)</i>	82
Tabla 27. <i>Relación entre el consumo de medicamentos y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico de la población en estudio (n=96)</i>	83
Tabla 28. <i>Distribución de datos sociodemográficos, participantes del plan piloto (n=10)</i>	130
Tabla 29. <i>Distribución de participantes del plan piloto, según estado nutricional (n=10)</i>	131
Tabla 30. <i>Calidad de la dieta de participantes del plan piloto, según Índice de Alimentación Saludable (n=10)</i>	132
Tabla 31. <i>Probabilidad de los participantes del plan piloto de presentar ERGE, según GERD-Q (n=10)</i>	133
Tabla 32. <i>Distribución de participantes del plan piloto según conocimiento de alimentos que les generan síntomas de ERGE (n=10)</i>	134
Tabla 33. <i>Distribución de participantes del plan piloto, acerca del consumo de medicamentos y síntomas de ERGE (n=10)</i>	136

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Datos del INEC sobre la población total de Quebradilla por sexo, en el año 2022</i>	40
Figura 2. <i>Alimentos mayormente mencionados que generan síntomas de reflujo gastroesofágico, en la población en estudio (n=96)</i>	74
Figura 3. <i>Alimentos que generan síntomas de ERGE, en los participantes del plan piloto (n=10)</i>	135

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi papá Jorge Hernández Monge, quien durante todos estos años me brindó su apoyo; gracias a él es que mi sueño de ser nutricionista se está cumpliendo.

Agradecimiento

Mi mayor agradecimiento es a Dios, quien ha sido mi guía y fortaleza, brindándome salud y sabiduría para alcanzar esta meta.

Agradezco profundamente a mis padres, Jorge y Hannia, por su apoyo incondicional y por creer siempre en mí.

A mi novio, Joshua, quien me acompañó desde el inicio de mi vida universitaria y estuvo a mi lado durante todos estos años, brindándome su apoyo y motivación; así como a mi familia y a todas las personas que me extendieron su mano durante este camino.

Finalmente, deseo expresar mi agradecimiento a las señoras que participaron en esta investigación. Su colaboración hizo posible culminar exitosamente esta tesis.

Resumen

Introducción: El reflujo gastroesofágico se presenta cuando el contenido del estómago retorna hacia el esófago. En los últimos años el aumento de síntomas de RGE ha ido de la mano con el incremento de la obesidad y se ha vinculado con la calidad de la dieta, definida por tipo y frecuencia de alimentos. **Objetivo general:** Relacionar la calidad de la dieta con el estado nutricional y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico, en mujeres de 50 a 70 años del distrito de Quebradilla. **Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo de tipo correlacional-analítico en una muestra de 96 mujeres. Se aplicó un instrumento que evaluó datos sociodemográficos, medidas antropométricas (peso, talla y circunferencia abdominal), frecuencia de consumo y síntomas mediante el cuestionario GERD-Q. Se utilizó estadística descriptiva y correlacional mediante el coeficiente de Spearman para el análisis. **Resultados:** Prevalció la edad de 50-55 años, amas de casa y primaria completa. Según el HEI-2015 la calidad dietética predominante fue la moderada, con alto consumo de granos refinados, frutas, azúcares añadidos, vegetales y proteínas totales. Con respecto al GERD-Q la mayoría se ubica en la categoría de media presencia de síntomas de RGE. La mayoría presentó exceso de peso y circunferencias abdominales elevadas, compatibles con riesgo cardiometabólico. **Discusión:** Alimentos como cítricos, picantes, chocolates, bebidas gaseosas y dietas altas en grasa disminuyen la presión del EEI contribuyendo a la presencia de síntomas de RGE, al igual que el sobrepeso/obesidad. Además, conforme aumenta la edad aumenta el consumo de fármacos, factor que puede influir en el desarrollo de estos síntomas. **Conclusión:** El índice de masa corporal mostró asociación estadísticamente significativa con los síntomas de reflujo gastroesofágico, mientras que la calidad de la dieta no evidenció relación a nivel estadístico.

Palabras clave: reflujo gastroesofágico, estado nutricional, calidad de la dieta, HEI-2015.

Abstract

Introduction: Gastroesophageal reflux (GER) occurs when stomach contents flow back into the esophagus. In recent years, the increase in GER symptoms has paralleled the rise in obesity and has been linked to diet quality, defined by the type and frequency of food intake. **Objective:** To examine the relationship between diet quality, nutritional status, and the presence symptoms of reflux in women aged 50 to 70 years from the district of Quebradilla. **Methodology:** A quantitative correlational-analytical study was conducted with a sample of 96 women. Data collection included sociodemographic information, anthropometric measures (weight, height, and abdominal circumference), dietary frequency, and symptoms assessed through the GERD-Q questionnaire. Descriptive and correlational statistics were applied using Spearman's coefficient. **Results:** The predominant age group was 50–55 years, mostly homemakers with primary education. According to the HEI-2015, diet quality was generally moderate, with high intake of refined grains, fruits, added sugars, vegetables, and total proteins. Regarding GERD-Q, most participants fell into the category of moderate symptom presence. Excess weight and elevated abdominal circumference were common, consistent with cardiometabolic risk. **Discussion:** Irritant foods such as citrus, spicy products, chocolate, carbonated beverages, and high-fat diets reduce lower esophageal sphincter pressure, contributing to GER symptoms, as does overweight/obesity. Moreover, with advancing age, the increased use of medications may also influence symptom development. **Conclusion:** Body mass index showed a statistically significant association with GER symptoms, whereas diet quality did not demonstrate a significant relationship.

Keywords: gastroesophageal reflux, nutritional status, diet quality, HEI-2015.

Capítulo I: Problema de Investigación

Planteamiento del Problema

Antecedentes del Problema

Se presentan a continuación los antecedentes internacionales y nacionales de esta investigación, para conocer algunos resultados encontrados en diversos estudios acerca de las variables de interés, las cuales son: calidad de la dieta, estado nutricional y síntomas de reflujo gastroesofágico; mismos que se presentan en ese orden en el que se mencionan.

Conocer los antecedentes del problema, tanto de Costa Rica como a nivel internacional, permite crear una perspectiva más amplia de los posibles hallazgos de esta investigación.

Antecedentes Internacionales

Con respecto a la calidad de la dieta, una revisión sistemática titulada “Ingesta dietética en relación con el riesgo de enfermedad por reflujo” la cual incluye 25 estudios, muestra que el consumo de bebidas alcohólicas, chocolate y alimentos altos en grasa, generan una relajación del esfínter esofágico ocasionando que el esófago permanezca más susceptible a los ácidos gástricos. Y de forma contraria, patrones alimentarios saludables como la dieta mediterránea donde hay un alto consumo de frutas y cereales integrales, mejoran los síntomas de reflujo gastroesofágico (Heidarzadeh-Esfahani et al., 2021).

En un estudio realizado por (Kubo et al., 2014), titulado “Adherencia a las guías dietéticas para la enfermedad por reflujo gastroesofágico” y realizado en California donde se valora una población de 499 personas tuvo por objetivo “examinar si los pacientes con ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico) siguen las pautas dietéticas recomendadas y si la adherencia se asocia con la gravedad y frecuencia de los síntomas de reflujo”.

En ese estudio se observó que quienes presentaban síntomas graves o frecuentes de ERGE tenían una menor probabilidad de consumir de frutas cítricas y cerveza. Por el contrario, esta población mostró un mayor consumo de grasas y el doble de probabilidades de ingerir alimentos cocidos mediante fritura, así como refrescos y té.

También se identifica una investigación desarrollada por (Liu et al., 2024), titulada “Diferentes efectos de 24 ingestas dietéticas sobre la enfermedad por reflujo gastroesofágico”. Este estudio fue realizado con datos genéticos de participantes del Biobanco del Reino Unido y datos genéticos de personas con ERGE, el mismo tuvo el propósito de analizar una aleatorización mendeliana de dos muestras, con el fin de determinar si las asociaciones entre la dieta y los síntomas de RGE son causales.

En este estudio por medio de predicción genética, se halló que diversos alimentos como los frutos secos, el vino tinto, el queso, pan y cereales tienen un efecto beneficioso sobre los síntomas de RGE. Y en contraste la carne de cerdo, pescados no azules y la cerveza tienen un efecto desfavorable ante la sintomatología. La predicción genética es una técnica donde a través de información genética se puede conocer la probabilidad de desarrollar una condición.

La diferencia entre ambos grupos fue que el primero (Biobanco) refleja que, a través de la exposición genética, los patrones alimentarios tienen un efecto causal y el segundo grupo (ERGE) por medio del resultado clínico-genético se confirma que la dieta influye en la posibilidad de desarrollar la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

En relación al estado nutricional, según (Song et al., 2011) en su estudio llamado “Relación entre los síntomas del reflujo gastroesofágico y los factores dietéticos en Corea”

ejecutado en una población de 162 personas, tuvo por objetivo “evaluar la relación entre los síntomas de reflujo gastroesofágico y los factores dietéticos en Corea” y adicional se analizó el estado nutricional.

Los resultados arrojaron que los individuos con un IMC clasificado en sobrepeso u obesidad presentaron mayor riesgo de síntomas de RGE. Esto respalda diversos estudios donde se menciona que el estado nutricional puede influir significativamente en los síntomas del reflujo.

Además (Djä & Rv, 2012) realizaron un estudio en Suecia llamado “Actividad física, obesidad y enfermedad por reflujo gastroesofágico en la población general”, este fue realizado en 4910 personas y su objetivo fue “aclarar la asociación entre actividad física y enfermedad por reflujo gastroesofágico en personas obesas y no obesas”.

Este estudio se desarrolla en personas de 40-79 años y se encuentra que los sujetos con un peso normal y que realizan actividad física presentan menos riesgo de ERGE. Asimismo, los individuos con obesidad que practican actividad física de frecuencia intermedia tienen una probabilidad 59% más baja de presentar ERGE en comparación con los que realizan poca actividad física

Siguiendo con la variable del estado nutricional, un ensayo realizado por (Singh et al., 2013) de intervención prospectivo, nombrado “La pérdida de peso puede conducir a la resolución de los síntomas del reflujo gastroesofágico”, realizado en Kansas Estados Unidos, tuvo por objetivo “medir el impacto de la pérdida de peso en los síntomas del RGE”.

En este ensayo participaron 332 personas, de las cuales el 66% fueron mujeres. Esta población estuvo 6 meses bajo diversos métodos para perder peso, como modificaciones en la dieta, ejercicio y técnicas a nivel de conducta. Una vez transcurrido este tiempo, se les realizó la toma de peso, talla y circunferencia de cintura y se les aplicó el cuestionario de RDQ (cuestionario de enfermedad por reflujo).

Se obtiene como resultado una disminución en el peso y en la circunferencia de cintura, de la mano con una reducción importante en la presencia de los síntomas de la RGE en el 81% de los individuos estudiados. Esto demuestra que mejoras en el peso corporal, son relevantes para la disminución de los síntomas causados por el reflujo gastroesofágico.

Por otro lado con respecto a los síntomas de reflujo gastroesofágico, en un estudio denominado por (Ahmed et al., 2020) como “Efectos de los factores del estilo de vida sobre los síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: un estudio transversal en una población pakistaní” realizado a 2000 personas, en tres hospitales de Pakistán, tuvo como finalidad “estudiar la asociación entre los síntomas de la ERGE y diversos factores del estilo de vida”. Se obtiene como resultado que el 69,3% de las personas con ERGE se presenta en sujetos mayores de 35 años y mayoritariamente en hombres.

Dentro de los síntomas manifestados en esta población un “60% presenta sensación incómoda detrás del esternón, 62,4% ardor en la parte posterior de la garganta, 9,6% manifiesta sabor ácido y amargo en la boca y el 95,3% experimenta problemas después de las comidas”.

Se presenta otro estudio de tipo transversal realizado por (Cardoso et al., 2018), llamado “Enfermedad por reflujo gastroesofágico: prevalencia y calidad de vida en estudiantes universitarios de ciencias de la salud”, el mismo se realiza en Brasil, en 501 universitarios y su finalidad es “evaluar la prevalencia de ERGE, el perfil epidemiológico, las manifestaciones clínicas y la calidad de vida de los estudiantes”.

Los autores mencionan que quienes presentan acidez estomacal de 2 a 3 veces semanalmente durante 3 o más semanas se asocia con un aumento en la probabilidad de presentar síntomas de reflujo. Además, casi la mitad de los estudiados presenta regurgitación.

Los autores (Dowgiałło-Wnukiewicz et al., 2018) presentan un estudio en Polonia titulado “Estudio de prevalencia de síntomas de reflujo gastroesofágico y el papel de cada uno en relación con la Escala de Impacto de ERGE, basado en una población de pacientes ingresados para cirugía laparoscópica en comparación con un grupo control” y el objetivo de este estudio es “evaluar la prevalencia de los síntomas de ERGE en la evaluación de la Escala de Impacto de ERGE (GERD-IS) en dos grupos etarios de pacientes”.

La población consta de 2649 personas, de las cuales el 57% eran jóvenes de un promedio de edad de 21,8 años y el 43% adultos de una edad promedio de 51,5 años. Los resultados muestran que los síntomas manifestados de forma más recurrente, en el caso de los jóvenes fue “el dolor torácico y ardor, la regurgitación, dolor o ardor en la parte superior del abdomen, dolor de garganta o ronquera”. Y el otro grupo muestra mayor presencia en la dificultad para dormir, no poder ingerir los alimentos de su preferencia y no poder realizar de forma normal las actividades diarias, a causa de los síntomas.

Para finalizar con los antecedentes internacionales, se identifica un estudio titulado “Índice de masa corporal y síntomas de reflujo gastroesofágico en mujeres”, el cual tuvo como objetivo “explorar más a fondo la asociación entre el IMC y los síntomas del RGE determinando los riesgos relativos entre una gama más amplia de categorías de IMC y entre personas con diversos grados de frecuencia, gravedad y duración de los síntomas”.

El estudio se desarrolla en 10 545 enfermeras y se demuestra que el 24% indica presentar síntomas menos de una vez al mes y el 22% presentó síntomas una vez a la semana. Más de la mitad experimenta síntomas como la acidez estomacal y la regurgitación, clasificándolos como de gravedad moderada, que, según la metodología aplicada, esta clasificación significa que estos síntomas no podían ignorarse, pero tampoco afectaban su calidad de vida (Jacobson et al., 2006).

Antecedentes Nacionales

En lo que respecta al estado nutricional, un estudio realizado por (Arias Alfaro et al., 2019) titulado “Situación nutricional de las familias de la comunidad de Barrio Pinto en el año 2018 y cambios en la situación nutricional de los escolares en relación con el año 2004” tuvo por objetivo “evaluar la situación nutricional de la comunidad de Barrio Pinto en el año 2018”.

En esta investigación se demuestra que en el año 2018 el estado nutricional de los adultos con respecto al IMC es mayoritariamente el sobrepeso y la obesidad, especialmente en las mujeres. Mencionan los autores que en el 2004 la prevalencia de exceso de peso era de 52,4% mientras que para el 2018 fue de un 81,2%, en ambos años prevaleciendo las mujeres.

Otra investigación llamada “Estado nutricional y estilos de vida de los participantes de la feria de salud del Instituto Nacional de Aprendizaje de Costa Rica, 2019” desarrollada por (Álvarez-Castro et al., 2025) donde el objetivo es “analizar el estado nutricional y el estilo de vida de la población asistente a la Feria de Salud del INA, Uruca, San José”, se obtiene como resultado, a través de métodos antropométricos que el 63% de las personas cuentan con niveles elevados de grasa, principalmente la mayoría de las mujeres.

Asimismo, casi la mitad de los individuos están con sobrepeso, especialmente los hombres y el 25% de los participantes se encuentran en obesidad, sobresaliendo en este último el género femenino. Además, con respecto al estilo de vida, solo un poco más de la mitad de los participantes realiza actividad física, siendo más sedentarias las mujeres; y a nivel general se presenta un bajo consumo de agua, frutas y vegetales.

En relación a la calidad de la dieta, (Gómez et al., 2021) en el estudio “Impacto del estatus socioeconómico en la calidad de la dieta y el índice de masa corporal en ocho países latinoamericanos: resultados del estudio ELANS”, se realizó en ocho países de la región, incluido Costa Rica, tuvieron por objetivo “comprender el impacto del nivel socioeconómico en la calidad de la dieta y el índice de masa corporal en una muestra representativa de individuos latinoamericanos mayores de 15 años”.

Los resultados mostraron que los grupos de mayor nivel socioeconómico tienen una dieta más variada y con mayor aporte de micronutrientes. En el caso Costa Rica, se observó un mayor consumo de frutas, verduras, cereales integrales y fibra en personas de mayor nivel socioeconómico. A pesar de esto, los autores mencionan que la calidad global de la dieta en Costa Rica se mantiene en un nivel moderado, con la existencia de desigualdades

en la diversidad de alimentos y en la adecuación de micronutrientes en las personas con menor condición socioeconómica dentro del país.

Delimitación del Problema

Esta investigación se realiza con una muestra de 96 mujeres, habitantes del distrito de Quebradilla, Cartago y que se encuentran entre los 50 y 70 años. Dicha investigación se realiza entre los meses de enero y mayo del año en curso, en Quebradilla, Cartago, Costa Rica.

Justificación

El exceso de peso corporal y principalmente si hay una acumulación de grasa a nivel central, es un factor que aumenta el riesgo de presentar los síntomas o incluso la ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico); esto debido a la presión intrabdominal que se genera, así como la relajación del EEI (esfínter esofágico inferior) (Siboni et al., 2022).

Se menciona que en los últimos 20 años el aumento de la prevalencia de síntomas de RGE ha ido de la mano con el aumento de la obesidad a nivel mundial, por este motivo es importante estudiar el tema y conocer si en la población en estudio existe esta relación junto con la calidad de la dieta.

Según (Camilleri et al., 2017), diversos estudios han encontrado un vínculo significativo entre el IMC (índice de masa corporal) y la ERGE respaldándose en que cuando hay una pérdida de peso, los síntomas causados por esta enfermedad mejoran; así mismo, esta anterior asociación es más presente en mujeres con un IMC clasificado en obesidad, debido a los niveles de estrógenos que son mayores en la población femenina.

La calidad de la dieta o la prevalencia de alimentos que se ingieren, juegan un papel muy importante en la aparición de síntomas de reflujo gastroesofágico, así como una repercusión en el estado nutricional. Se resaltan algunos alimentos como los altos en grasas, el chocolate, el café, la menta, la cebolla y otros, los cuales generan una elevación en los síntomas por reflujo gastroesofágico (Csendes & Burdiles, 2007).

Al realizarse esta investigación, se obtendrá como resultado información evidenciada y local a cerca de la relación que puede tener la calidad de la dieta, el estado nutricional y los síntomas de reflujo gastroesofágico en mujeres de 50 a 70 años; situación que motiva al investigador ya que según los datos recopilados se pueden generar recomendaciones que beneficien a este grupo poblacional.

De la misma manera, dicha investigación puede colaborar en futuros estudios y en el desarrollo de nuevas estrategias a nivel nacional, con el fin de que esta población pueda mejorar su calidad de vida de forma integral.

Redacción del problema central: pregunta de la investigación

¿Cuál es la relación de la calidad de la dieta, el estado nutricional y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico, en mujeres de 50 a 70 años del distrito de Quebradilla?

Objetivos de la Investigación

Se detallan a continuación el objetivo general y los objetivos específicos de la presente investigación:

Objetivo General

Relacionar la calidad de la dieta con el estado nutricional y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico, en mujeres de 50 a 70 años del distrito de Quebradilla.

Objetivos específicos

- Determinar el estado nutricional de la población, mediante la toma de medidas antropométricas, como peso, talla y circunferencia abdominal.
- Evaluar la calidad de la dieta por medio del Índice de Alimentación Saludable, con la aplicación de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos.
- Identificar la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico en la población, mediante el cuestionario GERD-Q.
- Relacionar la calidad de la dieta con la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico.
- Relacionar el estado nutricional con la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico.

Alcances y Limitaciones

A continuación, se detallan los alcances y limitaciones de la presente investigación.

Alcances de la Investigación

Aunque el estudio se diseñó para relacionar la calidad de la dieta entre el estado nutricional y los síntomas de reflujo gastroesofágico, durante el análisis se decidió indagar sobre el consumo de fármacos y su asociación con las manifestaciones clínicas del RGE.

Esto forma parte de un alcance en la investigación, ya que al inicio no formaba parte de los objetivos, pero al incorporarlo aporta información que complementa al estudio.

Limitaciones de la Investigación

No se encontraron limitaciones en la presente investigación.

Capítulo II: Marco Teórico

Contexto Teórico Conceptual

A continuación, se presenta la base teórica de esta investigación, en donde se pretende presentar conceptos que permitan comprender las variables de estudio: calidad de la dieta, estado nutricional, síntomas de reflujo gastroesofágico; así como sus dimensiones.

Calidad de la Dieta

Una adecuada alimentación tanto en calidad como en cantidad es esencial para un cuerpo sano, nutrido y además para prevenir enfermedades. Los alimentos que consume un individuo, así como la frecuencia en que lo hace, define su calidad de la dieta. Por ejemplo, una alimentación donde prevalezcan alimentos procesados, grasas saturadas y poca diversidad alimentaria no es una adecuada calidad de la dieta, pero si por el contrario prevalecen las frutas, vegetales, leguminosas, proteína y en cantidad ideales, se puede considerar una adecuada calidad de la dieta.

Esta variable se define textualmente como “la medida en que los patrones alimentarios se alinean con las pautas dietéticas nacionales y que tan diversa es la variedad de opciones saludables dentro de los grupos básicos de alimentos o agrupaciones internacionales equivalentes” (Fernández & González-Céspedes, 2023).

Indicadores:

Los indicadores para evaluar la calidad de la dieta pueden diferir entre un país y otro, por sus costumbres, cultura y hábitos alimentarios, por lo que comúnmente cada región establece diversos lineamientos o recomendaciones nutricionales que se deben alcanzar para garantizar una adecuada calidad de la dieta.

Los cuatro indicadores originales que a lo largo de los años se han validado son “el indicador o índice de alimentación saludable (HEI), el índice de calidad de la dieta (DQI), el indicador de dieta saludable (HDI) y la puntuación de dieta mediterránea (MDS) (Ángel Gil, 2015).

Tabla 1.

Descripción de indicadores de calidad de la dieta

Indicador	Descripción
Indicador o índice de alimentación saludable	Este índice lo desarrolló el Departamento de Agricultura de Estados Unidos y el Instituto Nacional de Cáncer para medir la calidad de la dieta y el apego a las Guías Alimentarias para la población estadounidense (Luo & Tseng, 2024).
Índice de calidad de la dieta	Mide modificaciones en los patrones alimentarios y la relación con aspectos metabólicos. Aborda tanto factores de bajo consumo de alimentos, así como la sobrealimentación (Mokhtari et al., 2024).
Indicador de dieta saludable	Este indicador se sustenta en el cumplimiento de las recomendaciones creadas por la OMS, puede usarse a nivel mundial y compararse con otras culturas (Kanauchi & Kanauchi, 2018).
Puntuación de dieta mediterránea	Evalúa la adherencia a la dieta mediterránea y es la escala más utilizada, la forma de evaluar ha generado beneficio en estudios epidemiológicos y ha sido aplicado en otras regiones no mediterráneas (Martínez-González & Hernández Hernández, 2024).

Fuente: elaboración propia, 2026

La aplicación de estos índices se puede hacer por medio de dos métodos, cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos o recordatorio de 24 horas.

Efecto de la Calidad de la Dieta en la Salud:

La alimentación influye directamente en la salud, los buenos hábitos alimentarios donde se consume la cantidad de energía adecuada, prevaleciendo las frutas, vegetales, carnes bajas en grasa y fibra dietética, esto según la etapa de la vida en la que se encuentren las personas, permite prevenir muchas enfermedades y la malnutrición (NIH, 2017).

Una alimentación equilibrada satisface de mejor forma las necesidades de micronutrientes, relacionándose con un bajo riesgo de enfermedades no transmisibles, por esto se menciona que es un factor protector ante ellas, como las cardiopatías, diabetes, accidente cerebrovascular y el cáncer, y ante todos los tipos de malnutrición. Por el contrario, los patrones alimentarios poco saludables con alto consumo de ultraprocesados, traen consecuencias para la salud, ya que aumentan la prevalencia de enfermedades y discapacidad (OMS, 2026).

Calidad de la Dieta en Mujeres de 50 a 70 años:

En este rango de edad, la mujer se encuentra normalmente en etapas como la perimenopausia, menopausia o posmenopausia, y hay nutrientes esenciales y de gran valor, que, al estar disminuidos en este grupo etario, se aumenta el riesgo de desarrollar diversas patologías. Por este motivo es importante contar con una alimentación sana y equilibrada para evitar estas deficiencias, o en caso de presentar una restricción o dieta en particular, adquirir estos nutrientes mediante suplementación., mencionan (Wylenzek et al., 2024).

Los autores anteriores indican que estos nutrientes son la vitamina B6, B12, D, el hierro, ácidos grasos omega-3 y el licopeno. La deficiencia en estos puede llegar a generar accidentes cardio y cerebrovasculares, osteoporosis, cáncer, alzheimer, por mencionar algunos. Una adecuada calidad de la dieta es de gran importancia para evitar el desarrollo de estas morbilidades y/o enfermedades.

Una buena alimentación es importante en todas las etapas de la vida, sin embargo, en la adultez y durante el envejecimiento se presentan diversos factores que pueden influir en la nutrición. Se destacan los cambios en la composición del cuerpo, con pérdida de masa muscular y aumento de los depósitos de grasa, la reducción en la motilidad intestinal y el sedentarismo que favorece el estreñimiento, así como el uso de fármacos, que pueden interferir en la absorción de algunos nutrientes (Campos, 2024).

El autor señala algunas recomendaciones con respecto a la alimentación: ajustar la ingesta calórica según las necesidades de cada persona con el fin de combatir el proceso del envejecimiento. Se sugiere un aporte de proteínas de 1-1,2g/kg/día, priorizar las grasas saludables y limitar el consumo de grasas saturadas que no sobrepasen el 10% del requerimiento energético. Asimismo, se recomienda un consumo adecuado de vitaminas como la D, E, C, K, B12 y minerales como el calcio, hierro, magnesio. Y una ingesta de fibra, a través de alimentos como leguminosas, hortalizas y frutas.

Estado Nutricional

El estado nutricional se define como “estado fisiológico de una persona que es el resultado de la relación entre la ingesta y las necesidades de nutrientes, y la capacidad del organismo para diferirlos, absorberlos y utilizarlos” (FAO et al., 2022).

Métodos de evaluación:

Evaluar el estado nutricional es primordial para identificar posibles desequilibrios entre la ingesta y las necesidades de la persona, y determinar si estos pueden llegar a derivar en alguna patología.

Los métodos para evaluar el estado nutricional son cuatro (ABCD), antropometría, bioquímica, clínica y dietética (Zambrano-Villacres et al., 2026). A continuación, se definen cada uno de los mencionados:

Tabla 2.

Definición métodos de evaluación estado nutricional

Método de evaluación	Definición
Antropometría	Son mediciones del cuerpo aplicadas para evaluar el estado nutricional y diagnosticar obesidad. Algunos elementos principales son peso, talla, IMC, circunferencias y pliegues (Casadei & Kiel, 2022).
Bioquímica	Es el análisis de las pruebas de laboratorio que permiten validar resultados de la presentación clínica, como electrolitos, creatinina, perfil lipídico, entre otros (Kesari & Noel, 2023).
Clínica	También se llama evaluación física, se realiza para identificar signos y síntomas de desnutrición, pérdida de grasa, masa muscular, piel, mucosas, función física (Locks et al., 2024)

Continúa

Método de evaluación	Definición
Dietética	Evalúa la ingesta de las personas y sus hábitos alimentarios, mediante métodos cualitativos o cuantitativos, como recordatorio de 24 horas o frecuencias de consumo (Aguilar, 2023).

Fuente: elaboración propia, 2026

Factores determinantes:

Son múltiples los factores que influyen en el estado nutricional de las personas. Este no depende únicamente de los hábitos alimentarios que se practiquen, sino también de costumbres adquiridas en el hogar y durante la niñez, las cuales suelen seguir permaneciendo a lo largo de los años, incluso en la adultez.

Se mencionan factores individuales como el estrés, valores, creencias, hábitos personales y externos como entorno alimentario, economía, epidemias; pero los factores que más se destacan, son el género, la edad, el estado civil, la economía y la educación (Özdemir & Baltaci, 2025).

Estado nutricional en mujeres de 50 a 70 años:

Entre los 50 y 70 años, periodo que incluye la perimenopausia, menopausia o posmenopausia, se generan muchos cambios a nivel hormonal que pueden repercutir en la condición física y el estado nutricional de la mujer.

En particular, la menopausia tiene una asociación fuerte con el aumento de probabilidades de padecer obesidad, síndrome metabólico, osteoporosis, resistencia a la insulina y enfermedades cardiovasculares, ya que esta relación aumenta con forme

disminuyen los niveles de estrógenos. Asimismo, es normal que la composición corporal se vuelva diferente y la grasa del cuerpo se acumule más a nivel central (Erdélyi et al., 2023).

Además, se menciona que la TMB (tasa metabólica basal), disminuye a medida que va aumentando la edad, por ende, si la alimentación no varía y no se realiza actividad física, el aumento de peso será de forma automática (Hurtado et al., 2024).

En el proceso de la perimenopausia, las mujeres sufren una caída importante en los estrógenos circulantes, este cambio a nivel hormonal tiene relación con modificaciones tanto en el gasto energético como en la ingesta energética, lo que genera un balance energético positivo y, en consecuencia, el aumento de peso. Este aumento en el peso se debe al incremento en el porcentaje de grasa, principalmente acumulada a nivel central. En promedio las mujeres pueden aumentar entre 2kg y 3kg durante la perimenopausia (Marlatt et al., 2022).

Además, los autores señalan que la presencia de obesidad abdominal es más perjudicial para la salud en general y el riesgo cardiometabólico, en comparación con el estado del peso evaluado por el IMC por sí solo.

Síntomas de Reflujo Gastroesofágico

El reflujo gastroesofágico es cuando el contenido del estómago asciende hacia el esófago, los síntomas más comunes son la pirosis y la regurgitación. Cuando se presentan estos síntomas 2 o más veces a la semana, se establece un diagnóstico probable de ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico), constituyendo un problema de salud (Huerta-Iga et al., 2016).

El (American College of Gastroenterology, s. f.) señala que de forma ocasional se puede sufrir de acidez estomacal y es algo normal, pero si se presenta de 2 o más veces por semana y se acompaña de la sensación de que la comida se atora, puede tratarse de la ERGE. Además, en esta enfermedad el EEI (esfínter esofágico inferior) se relaja con mayor frecuencia permitiendo el reflujo del ácido hacia el esófago.

Comprendiendo lo anterior, lo que diferencia del reflujo gastroesofágico a la enfermedad por reflujo gastroesofágico, es la frecuencia con la que se presentan los síntomas y el nivel de afectación que generan en la calidad de vida.

Los síntomas más comunes son la acidez estomacal, la regurgitación y el dolor torácico, sin embargo, hay síntomas atípicos, se detallan a continuación:

Tabla 3.

Descripción de los síntomas de reflujo gastroesofágico

Síntomas	Descripción
Acidez estomacal	Es un dolor con sensación de ardor, detrás del esternón. Empeora normalmente después de comer, en la noche o con la posición decúbito (Mayo Clinic, 2022).
Regurgitación	Es el retorno repentino y sin esfuerzo (no hay contracción abdominal) del contenido gástrico hacia la boca (Dulbecco et al., 2021). Se diferencia de un eructo porque no es aire, sino contenido del estómago
Dolor torácico	Es un dolor o sensación incómoda que se manifiesta en la parte anterior del tórax. Puede tener origen cardíaco, digestivo, respiratorio o emocional (Gulati et al., 2021).
Náuseas	Es un síntoma atípico y se define como aquel deseo fuerte y desagradable de vomitar, suele presentarse principalmente durante la noche (Porter & Prakash, s. f.)

Síntomas	Descripción
Tos crónica	Es una manifestación no típica de la ERGE y se da debido a que el reflujo genera una estimulación en los receptores de la tos o incrementa la producción de moco en el tracto respiratorio inferior por medio del reflejo vagal (Xu et al., 2015).

Fuente: elaboración propia, 2026.

Factores de riesgo:

Diversos estudios enfatizan en que el estilo de vida tiene una estrecha relación con la posibilidad de presentar síntomas de reflujo, la ventaja es que al ser factores modificables los síntomas se pueden evitar. Se dice que el fumado, el estrés, hábitos alimentarios, la obesidad, la ingesta de alcohol y el sedentarismo, son considerados factores de riesgo para esta enfermedad (Sadafi et al., 2024).

Además, en diferentes investigaciones el sexo es considerado también un factor de riesgo para el reflujo gastroesofágico, principalmente el femenino. Por ejemplo (Fakhre Yaseri, 2017) realizó un estudio en Irán llamado “El sexo es un factor de riesgo en pacientes con ERGE” y los resultados respaldan este hallazgo al mostrar que los síntomas prevalecen más en mujeres que en hombres, especialmente en mayores de 50 años. Asimismo, el reflujo gastroesofágico no erosivo está más presente en mujeres, al igual que la hernia hiatal, condición que es también un factor de riesgo para la ERGE.

El reflujo gastroesofágico no erosivo es una clasificación de la ERGE y se define como “la presencia de síntomas clásicos de ERGE en ausencia de lesión de la mucosa esofágica durante la endoscopia digestiva alta”. El término se utiliza para pacientes que tienen ERGE pero no presentan esófago de Barret ni lesiones (Hershcovici & Fass, 2010).

Algunas patologías gastrointestinales como la gastritis, acalasia y la hernia hiatal también llamada hernia de hiato, pueden generar estos síntomas, una muy conocida y mencionada en esta última, (Torresan et al., 2016) indican que este es un factor de riesgo debido a la afectación que provoca en la unión esofagogástrico, lo que trae consigo la relajación del EEI (esfínter esofágico inferior), el aumento de su frecuencia de relajación transitoria así como la variación del aclaramiento esofágico.

Se habla también de fármacos que pueden contribuir al desarrollo de los síntomas al reducir la presión del EEI facilitando el retorno del contenido gástrico hacia el esófago, por ejemplo “los nitratos, bloqueadores de los canales de calcio y los anticolinérgicos” (Goosenberg & Vadakekut, 2025).

Además (Mayo Clinic, 2024) indica que algunos medicamentos o suplementos alimenticios pueden irritar el revestimiento del esófago y generar dolor por la acidez gástrica o empeorar el reflujo gastroesofágico; algunos son los antibióticos, bifosfonatos, suplemento de hierro, analgésicos y suplementos de potasio.

La lesión generada por algunos fármacos se da por el contacto prolongado de su contenido con la mucosa esofágica. Más que la cantidad de pastillas que se consuman, el daño depende del tamaño, forma, cubierta del comprimido y sus características ácidas. A parte de esto, influye el modo y el momento de su consumo, ya que, si se ingieren con poco líquido o justo antes dormir, la afectación es mayor. Se menciona que los antiinflamatorios son un grupo de fármacos que por sus propiedades ácidas afectan la barrera protectora de la mucosa y favorecen la aparición de reflujo gastroesofágico (Angueira & Lucendo, 2015).

Métodos de evaluación:

No existen cuestionarios que evalúen únicamente los síntomas de reflujo gastroesofágico sin vincularlos con la ERGE. Sin embargo, sí se dispone de diversos instrumentos que miden los síntomas típicos del reflujo, así como pruebas clínicas más precisas realizadas por médicos gastroenterólogos.

A continuación, se describen los principales cuestionarios y la función de cada uno de ellos.

Tabla 4.

Cuestionarios de evaluación y su función

Cuestionario	Función
GERD-Q (Cuestionario de enfermedad por reflujo gastroesofágico)	Es de los más usados para el diagnóstico de la enfermedad. Formado por 6 preguntas que permiten llegar al resultado, evaluando síntomas relacionados, frecuencia y consecuencias en la calidad de vida (Contreras-Omaña et al., 2016).
CDQ (Cuestionario Carlsson Dent)	Los autores anteriores mencionan también al CDQ, el cual consta de 7 preguntas y su función es evaluar cualitativamente síntomas de la enfermedad, así como la alimentación, postura y uso de fármacos.
RDQ (Cuestionario de enfermedad por reflujo)	Es un cuestionario confiable para diagnosticar ERGE y evaluar la respuesta al tratamiento, así como frecuencia y gravedad de los síntomas más frecuentes como acidez estomacal y regurgitación (Sugihartono et al., 2023).

Fuente: elaboración propia, 2026

Relación con la Alimentación y el Estado Nutricional:

La sintomatología del reflujo gastroesofágico se vincula con los patrones dietéticos, ya que diversos grupos de alimentos, o incluso alimentos específicos, pueden disminuir o empeorar los síntomas.

Una dieta donde prevalezcan las grasas, el azúcar y sodio aumentan el riesgo de presentar los síntomas y por ende llegar a desarrollar ERGE, de la misma manera, las comidas rápidas, los alimentos altos en grasa, las bebidas gaseosas, el té y café (cafeína) y el alcohol, aumentan la presencia de los síntomas. Se menciona también que un elevado porcentaje de grasa corporal y enfermedades como la diabetes pueden influir en la aparición de los síntomas (Herdiana, 2023).

En un estudio realizado en Australia por (Wang et al., 2021) en personas de 40 a 59 años donde se desea “examinar la relación entre la dieta y el riesgo de desarrollar ERGE” se observa que en el caso de los hombres el consumo de grasas se asocia con un mayor riesgo de reflujo, a comparación con la ingesta de carbohidratos, especialmente el almidón, donde más bien el riesgo es reducido. Además, en ambos sexos sustituir el consumo de grasas insaturadas por grasas saturadas no genera cambios en el riesgo de ERGE.

Asimismo, el estudio evidencia que una elevada frecuencia en el consumo de pollo, pescado, verduras crucíferas (coliflor, brócoli, repollo) y bebidas gaseosas tienen asociación con el incremento en el riesgo de ERGE.

El reflujo gastroesofágico puede afectar en gran medida el bienestar de quienes lo padecen, así como en la rutina diaria de estas personas. Se encontró que conforme avanza la edad y contar con un IMC elevado, hacen que la calidad de vida se afecte aún más. Y con

respecto a la alimentación, se menciona que los grupos de alimentos como las frutas, verduras y una dieta alta en fibra son protectores ante los síntomas y el posible desarrollo de la enfermedad (Özenoğlu et al., 2023).

Finalmente, hay una gran relación entre la obesidad y los síntomas de RGE, ya que se ha observado una alta presencia de estos en la población con sobrepeso y obesidad. El IMC y la circunferencia abdominal se asocian con el aumento en los episodios de relajación del EEI, además que, a mayor consumo de grasas, mayor es la estimulación de la producción de secretina y colecistoquina; sustancias que favorecen la relajación de EEI. De la misma manera al haber una circunferencia abdominal mayor, se incrementa la presión intraabdominal, factor que se relaciona con los síntomas (García Ruiz et al., 2023).

Capítulo III: Marco Metodológico

Enfoque de Investigación

Esta investigación corresponde meramente a un enfoque de investigación cuantitativo, debido a que la totalidad de los datos van a ser medidos numéricamente para poder generar un análisis y concluir si hay existencia de relaciones entre las variables estudiadas, las cuales son; calidad de la dieta, estado nutricional y presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico.

Tipo de Investigación

Este estudio es una investigación de tipo correlacional (analítico), debido a que lo que se desea realizar es una correlación entre las tres variables: calidad de la dieta, estado nutricional y presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico y poder determinar alguna asociación entre las mismas.

Unidades de Análisis u Objetos de Estudio

La unidad de análisis de la presente investigación son mujeres con edades de 50 a 70 años, que habiten en el distrito de Quebradilla, de la provincia de Cartago, Costa Rica.

Área de estudio

Esta investigación se realiza en Quebradilla; este es el distrito número 11 del cantón de Cartago, en la provincia de Cartago. Cuenta con una altitud de 1410msnm y con un área de 19,15km². Además, este distrito formó parte de los que se catalogaron que tuvieron un mayor aumento a nivel poblacional, entre los años 2011 y 2022 (INEC, 2023).

Población

La población del distrito de Quebradilla, según la “Estimación de Población y Vivienda 2022”, es de un total de 10 116 habitantes de ambos sexos.

Figura 1.

Datos del INEC sobre la población total de Quebradilla por sexo, en el año 2022

Provincia, cantón y distrito	Población		
	Total	Hombres	Mujeres
Quebradilla	10 116	4 955	5 161

Fuente: datos de la Estimación de Población y Vivienda 2022, INEC.

Muestra

Para esta investigación la muestra es de tipo probabilística, donde todas las mujeres tienen la probabilidad de ser elegidas al azar, siempre y cuando sean habitantes del distrito donde se desarrolla esta investigación.

Al tener la limitante de no contar con datos de la cantidad de mujeres de 50-70 años que residen en Quebradilla, se decide utilizar la siguiente fórmula, la cual es usada para cuando no se conoce con exactitud el tamaño de la población:

$$n = \frac{Z^2 PQ}{E^2}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

Z = Nivel de confianza (1,96) al ser un 95%

P = Probabilidad de éxito (0,5) cuando se desconoce

Q = Probabilidad de fracaso (0,5) cuando se desconoce

E = Margen de error (0,1) al ser un 10%

Fórmula aplicada:

$$n = \frac{1,96^2(0,5)(0,5)}{0,1^2} = 96,04$$

El tamaño de la muestra teórica para la ejecución de esta investigación es de 96 mujeres, que se encuentren entre los 50 y 70 años y que habiten en el distrito de Quebradilla.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Tabla 5.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Mujeres que deseen participar y firmen el consentimiento informado	Mujeres encamadas
Mujeres de 50 a 70 años y que vivan en Quebradilla	Mujeres diagnosticadas con enfermedades gastrointestinales como úlcera péptica, colon irritable, gastritis, hernia hiatal o enfermedad celiaca
Mujeres con al menos primaria completa	Mujeres recibiendo tratamiento oncológico

Fuente: elaboración propia, 2026.

Instrumentos para la Recolección de la información

El instrumento utilizado para la recolección de la información que permite llevar a cabo esta investigación es de elaboración mixta y está conformado por 5 partes, como se muestran y detallan a continuación:

Parte I, datos generales:

Este primer apartado consta de tres preguntas, las cuales tienen como fin excluir a aquellas personas que no presenten las características requeridas, las cuales son no tener diagnóstico de alguna enfermedad gastrointestinal y que actualmente no estén recibiendo tratamiento oncológico. Y una primera pregunta donde se consulta si ha firmado el consentimiento informado que hace constar que sí desea ser partícipe de la investigación.

Esta primera parte es fundamental para filtrar a las personas que no pueden ser parte del estudio y asegurar que los que completan la totalidad del cuestionario cumplan con los criterios anteriores.

Parte II, datos sociodemográficos:

Esta segunda parte se realiza con la intención de obtener la información sociodemográfica de cada participante, esta sección consta de cuatro preguntas en donde se indaga por aspectos como su edad, estado civil, nivel educativo y ocupación actual. Al tener esta información se pueden conocer las características de la población con la que se está trabajando.

Parte III, frecuencia de consumo de alimentos:

Este apartado se diseña con la finalidad de evaluar la calidad de la dieta de la población a través del Índice de Alimentación Saludable adaptado a una frecuencia de consumo. En este se encuentran 13 variables de grupos de alimentos, las cuales son granos integrales, lácteos, grasas insaturadas, granos refinados, sodio, azúcares añadidos, grasas saturadas, total de frutas, frutas enteras, total de verduras (vegetales), verduras y frijoles

(leguminosas), proteínas totales y proteínas de mariscos y plantas; en cada variable se colocan ejemplos de alimentos normalmente consumidos a nivel nacional.

Parte IV, síntomas de reflujo gastroesofágico:

Esta sección evalúa la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico, por medio del cuestionario GERD-Q, el cual consta de 6 preguntas, en donde se evalúan síntomas como pirosis, regurgitación, náuseas, entre otros. El cuestionario tiene una puntuación máxima de 18, en donde cada pregunta tiene un puntaje máximo de 3.

Según el puntaje total obtenido se puede interpretar la presencia que tiene el individuo de síntomas de reflujo gastroesofágico.

Parte V, estado nutricional:

En esta última sección del instrumento permite conocer el estado nutricional de los participantes. Dentro de la misma se ingresa la información del peso actual, talla, IMC, circunferencia abdominal, así como su respectiva interpretación.

Evaluar esta variable es de suma importancia para poder indagar sobre la relación de esta con las variables de síntomas de reflujo gastroesofágico y calidad de la dieta.

Validez del Cuestionario

La validez del cuestionario utilizado en esta investigación se hace a través de la aplicación del plan piloto, el cual se realiza en el 10% de la muestra. Dicho cuestionario es de elaboración propia, sin embargo, dentro del mismo hay dos instrumentos validados, el primero es el instrumento de Índice de Alimentación Saludable (HEI-2015), adaptado a una frecuencia de consumo de alimentos, la cual evalúa la variable de la calidad de la dieta y el

segundo es el Cuestionario GERD-Q (Gastroesophageal reflux disease questionnaire), este último utilizado para evaluar la variable de síntomas de reflujo gastroesofágico.

Índice de Alimentación Saludable (HEI-2015):

Con respecto a este índice adaptado a una frecuencia de consumo, para evaluar la calidad de la dieta; la construcción del puntaje partió de 13 componentes alimentarios, los cuales fueron agrupados según la lógica original del instrumento (*Desarrollo del Índice de Alimentación Saludable (IEH) | EGRP/DCCPS/NCI/NIH, 2024*).

Tres componentes correspondieron a criterios de adecuación con puntaje máximo de 10 puntos: granos integrales, lácteos y grasas insaturadas. Cuatro componentes correspondieron a criterios de moderación con puntaje máximo de 10 puntos: granos refinados, sodio, azúcares añadidos y grasas saturadas.

Los seis componentes restantes también se consideraron de adecuación, pero con puntaje máximo de 5 puntos: total de frutas, frutas enteras, total de verduras (vegetales), verduras y frijoles (leguminosas), alimentos con proteínas totales y proteínas de mariscos y plantas.

En los componentes de adecuación con máximo de 10 puntos se asignó la puntuación más alta a la mayor frecuencia de consumo, ya que se trata de grupos de alimentos cuya presencia regular mejora el perfil global de la dieta. De esta manera, la categoría “ ≥ 5 veces/semana” recibió 10 puntos, “3-4 veces/semana” recibió 6.5 puntos, “1-2 veces/semana” recibió 3.5 puntos y “Nunca o casi nunca” recibió 0 puntos

En los componentes de moderación con máximo de 10 puntos se aplicó la lógica inversa, porque corresponden a alimentos o patrones que deberían limitarse. Por eso, “ ≥ 5

veces/semana” recibió 0 puntos, “3-4 veces/semana” recibió 3.5 puntos, “1-2 veces/semana” recibió 6.5 puntos y “Nunca o casi nunca” recibió 10 puntos. Finalmente, en los componentes de adecuación con máximo de 5 puntos se asignaron 5, 3, 2 y 0 puntos, respectivamente, a las categorías “ ≥ 5 veces/semana”, “3-4 veces/semana”, “1-2 veces/semana” y “Nunca o casi nunca”.

Una vez obtenidos los puntajes de cada componente, estos se suman para construir el puntaje total de calidad de la dieta, que teóricamente puede variar de 0 a 100 puntos.

Tabla 6.

Puntaje de cada variable del Índice de Alimentación Saludable para componentes con puntuación máxima de 10pts

Variables según grupos de alimentos	Criterios para puntaje máximo de 10	Criterios para puntaje de 6,5	Criterios para puntaje de 3,5	Criterios para puntaje mínimo de 0
1. Granos integrales (pan integral, arroz o pasta integral, quinoa, avena, tortillas de maíz)	≥ 5 veces/semana	3-4 veces/semana	1-2 veces/semana	Nunca o casi nunca
2. Lácteos (leche, yogurt)	≥ 5 veces/semana	3-4 veces/semana	1-2 veces/semana	Nunca o casi nunca
3. Grasas insaturadas (aguacate, aceite de oliva, almendras, chía, linaza)	≥ 5 veces/semana	3-4 veces/semana	1-2 veces/semana	Nunca o casi nunca
Continúa.				

Variables según grupos de alimentos	Criterios para puntaje máximo de 10	Criterios para puntaje de 6,5	Criterios para puntaje de 3,5	Criterios para puntaje mínimo de 0
4. Granos refinados* (arroz, pasta, bollería, repostería, galletas)	Nunca o casi nunca	1-2 veces/semana	3-4 veces/semana	≥ 5 veces/semana
5. Sodio* (sopa instantánea, embutidos, enlatados, cubitos sazonadores, salsa china)	Nunca o casi nunca	1-2 veces/semana	3-4 veces/semana	≥ 5 veces/semana
6. Azúcares añadidos* (jugos de caja, gaseosas, bebidas energéticas, jalea, miel, golosinas, postres, cereales para desayuno, pan dulce)	Nunca o casi nunca	1-2 veces/semana	3-4 veces/semana	≥ 5 veces/semana
7. Grasas saturadas* (manteca de cerdo, margarina, mantequilla, queso crema, queso amarillo)	Nunca o casi nunca	1-2 veces/semana	3-4 veces/semana	≥ 5 veces/semana

Nota. El asterisco indica los componentes de moderación.

Fuente: elaboración propia, 2026

Tabla 7.

*Puntaje de cada variable del Índice de Alimentación Saludable para componentes con
puntuación máxima de 5pts*

Variables según grupos de alimentos	Criterios para puntaje máximo de 5	Criterios para puntaje de 3	Criterios para puntaje de 2	Criterios para puntaje mínimo de 0
1. Total de frutas (jugo o batido 100% natural, compota de frutas sin azúcar añadido, piña, fresa, banano)	≥ 5 veces/ semana	3-4 veces/ semana	1-2 veces/ semana	Nunca o casi nunca
2. Frutas enteras (mango, papaya, mandarina, manzana, ciruela)	≥ 5 veces/ semana	3-4 veces/ semana	1-2 veces/ semana	Nunca o casi nunca
3. Total de verduras (vegetales) (tomate, repollo, lechuga, zanahoria, zucchini, chayote)	≥ 5 veces/ semana	3-4 veces/ semana	1-2 veces/ semana	Nunca o casi nunca
4. Verduras y frijoles (leguminosas) (frijoles, lentejas, garbanzos, arvejas)	≥ 5 veces/ semana	3-4 veces/ semana	1-2 veces/ semana	Nunca o casi nunca

Continúa.

Variables según grupos de alimentos	Criterios para puntaje máximo de 5	Criterios para puntaje de 3	Criterios para puntaje de 2	Criterios para puntaje mínimo de 0
5. Alimentos con proteínas totales (res, cerdo, pollo, pescado, queso, huevos, frijoles, lentejas, garbanzos, nueces)	≥ 5 veces/semana	3-4 veces/semana	1-2 veces/semana	Nunca o casi nunca
6. Proteínas de mariscos y plantas (camarones, pescado, atún, sardina, frijoles, lentejas, garbanzos, nueces)	≥ 5 veces/semana	3-4 veces/semana	1-2 veces/semana	Nunca o casi nunca

Fuente: elaboración propia, 2026

Además, para la interpretación de los resultados se hizo según el estudio realizado por (Zapata, Moratal Ibanez, et al., 2020), donde, ≥ 81 pts define la calidad de la dieta como buena, entre 51-80pts indica que necesita mejorar y ≤ 50 pts es una calidad de dieta deficiente, sin embargo, para fines prácticos y facilidad de interpretación de resultados, se decide clasificar en alta, moderada y baja, respectivamente; como se muestra a continuación:

Tabla 8.*Escala calidad de dieta*

Calidad	Escala
Alta	≥ 81 pts
Moderada	51-80pts
Baja	≤ 50 pts

Fuente: elaboración propia, según Zapata et al, 2020.

Esta clasificación anterior se obtiene realizando una sumatoria de los puntos obtenidos en cada grupo de alimentos, de acuerdo con el puntaje dado a cada nivel de frecuencia de consumo.

Cuestionario GERD-Q:

Para evaluar la presencia de los síntomas de RGE, se utiliza el cuestionario GERD-Q, el cual está estandarizado y ha sido validado en diversos estudios y además tiene la ventaja de ser una herramienta sencilla que se aplica fácilmente.

Aunque el cuestionario GERD-Q fue diseñado para estimar la probabilidad de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), su construcción se basa en la presencia de síntomas típicos. En el presente estudio, el instrumento se utilizó con un enfoque adaptado, interpretando los puntajes como niveles de presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico dado que el instrumento indaga sobre la frecuencia con que estos se presentan (baja, media, alta, muy alta), no se utilizó con fines diagnósticos; a mayor puntaje, mayor presencia de síntomas.

Esta adaptación permite cuantificar de manera estandarizada la presencia de los síntomas en la población, manteniendo la validez del instrumento.

La estructura del cuestionario GERD-Q, está formado por seis ítems, los cuales deben ser contestados según la frecuencia en la que los haya experimentado en los últimos 7 días. De la totalidad de las preguntas, cuatro indagan sobre síntomas positivos de la enfermedad: pirosis, regurgitación, dificultad para dormir bien por pirosis o regurgitación, y necesidad de antiácidos sin receta. En estos casos, las categorías se puntúan de forma directa: “0 días” = 0 puntos, “1 día” = 1 punto, “2-3 días” = 2 puntos y “4-7 días” = 3 puntos.

Las otras dos preguntas, dolor epigástrico y náuseas, corresponden a síntomas negativos dentro del cuestionario, por lo que se brinda la puntuación de forma inversa: “0 días” = 3 puntos, “1 día” = 2 puntos, “2-3 días” = 1 punto y “4-7 días” = 0 puntos. Posteriormente, los seis puntajes son sumados para obtener el valor total de síntomas de RGE de cada participante, el puntaje máximo es de 18pts (Zavala-González et al., 2014).

Finalmente, la interpretación de resultados se hace según la totalidad de puntos obtenidos, en este caso la interpretación se hace como la realizada por los autores (Santa María et al., 2013), para efectos de comprensión y practicidad; se detalla a continuación:

Tabla 9.

Interpretación resultados cuestionario GERD-Q

Puntuación obtenida	Probabilidad de presentar ERGE
0-2	Baja
3-7	Media
8-10	Alta
11-18	Muy alta

Fuente: elaboración propia, según Santa María et al, 2013.

Cuestionario de elaboración propia:

Para obtener los resultados de la variable del estado nutricional, se realizó un cuestionario de elaboración propia, en donde se indaga el peso, la talla, el IMC y la circunferencia abdominal de cada individuo que es parte de la muestra.

Los resultados del IMC se interpretan de forma tradicional según la (OMS, s. f.) donde un $\text{IMC} < 18,5 \text{ kg/mts}^2$ es bajo peso, $18,5\text{-}24,9 \text{ kg/mts}^2$ es normal, $25\text{-}29,9 \text{ kg/mts}^2$ es sobrepeso y $\geq 30 \text{ kg/mts}^2$ es obesidad. En esta parte no se va a tomar en cuenta si la obesidad es clínica o preclínica, ya que no se va a indagar sobre masa muscular o presencia de signos y síntomas relacionados con el exceso de peso.

Para la circunferencia abdominal, tomada a nivel del ombligo, se utiliza la siguiente interpretación para mujeres: $< 80 \text{ cm}$ se considera normal, $80\text{-}88 \text{ cm}$ riesgo elevado a nivel cardiovascular y > 88 riesgo muy elevado a nivel cardiovascular y metabólico (OMS, 2025).

Confiabilidad del Cuestionario

El instrumento desarrollado está compuesto por aspectos de elaboración propia, así como instrumentos que han sido ya validados por otros investigadores. Sin embargo, para respaldar la confiabilidad de este e indicar que tiene un grado de confianza aceptable, se aplica el plan piloto en el 10% de la muestra, lo que permite realizar ajustes y modificaciones antes de su aplicación final.

Diseño de la Investigación

El diseño de la presente investigación es no experimental, debido a que no se manipulan las variables estudiadas, simplemente son observadas. Asimismo, es un diseño

transversal, ya que se realiza el estudio con información que es tomada en un único momento.

Operacionalización de Variables

Se muestra a continuación el cuadro de operacionalización de las variables, el cual refleja las variables estudiadas: calidad de la dieta, estado nutricional y síntomas de reflujo gastroesofágico; además se detallan los métodos para medir cada una de ellas.

Tabla 10.*Cuadro de operacionalización de las variables*

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Determinar el estado nutricional de la población, mediante la toma de medidas antropométricas, como peso, talla y circunferencia abdominal.	Estado nutricional.	Condición física que presenta un individuo como el resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes.	Toma de peso, talla, IMC y circunferencia abdominal.	Peso (kg)	-	Cuestionario de elaboración propia
				Talla (cm)	-	
				IMC (kg/mts ²)	-	
				Interpretación IMC	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad	
				Circunferencia abdominal (cm)	-	
Evaluar la calidad de la dieta por medio del Índice de Alimentación Saludable, con la aplicación de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos.	Calidad de la dieta.	Equilibrio nutricional de las comidas que debe acercarse a las necesidades dietéticas para la salud óptima.	Frecuencia de consumo de diversos alimentos.	Granos integrales: (pan integral, arroz o pasta integral, quinoa, avena, tortillas de maíz)	≥ 5 veces/semana 3-4 veces/semana 1-2 veces/semana Nunca o casi nunca	Índice de alimentación saludable adaptado a una frecuencia de consumo de alimentos
				Lácteos: (leche, yogurt)	≥ 5 veces/semana 3-4 veces/semana	

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
					1-2 veces/semana Nunca o casi nunca	
				Grasas insaturadas: (aguacate, aceite de oliva, almendras, chía, linaza)	≥ 5 veces/ semana 3-4 veces/semana 1-2 veces/semana Nunca o casi nunca	
				Granos refinados: (arroz, pasta, bollería, repostería, galletas)	≥ 5 veces/ semana 3-4 veces/semana 1-2 veces/semana Nunca o casi nunca	
				Sodio: (sopa instantánea, embutidos, enlatados, cubitos sazonadores, salsa china)	≥ 5 veces/ semana 3-4 veces/semana 1-2 veces/semana Nunca o casi nunca	
				Azúcares añadidos: (jugos de caja, gaseosas, bebidas energéticas, jalea, miel, golosinas, postres, cereales para desayuno, pan dulce)	≥ 5 veces/ semana 3-4 veces/semana 1-2 veces/semana Nunca o casi nunca	

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
				Grasas saturadas: (manteca de cerdo, margarina, mantequilla, queso crema, queso amarillo)	≥ 5 veces/semana 3-4 veces/semana 1-2 veces/semana Nunca o casi nunca	
				Total de frutas: (jugo o batido 100% natural, compota de frutas sin azúcar añadido, piña, fresa, banano)	≥ 5 veces/semana 3-4 veces/semana 1-2 veces/semana Nunca o casi nunca	
				Frutas enteras: (mango, papaya, mandarina, manzana, ciruela)	≥ 5 veces/semana 3-4 veces/semana 1-2 veces/semana Nunca o casi nunca	
				Total de verduras: (vegetales) (tomate, repollo, lechuga, zanahoria, zucchini, chayote)	≥ 5 veces/semana 3-4 veces/semana 1-2 veces/semana Nunca o casi nunca	

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores
					4-7 días= 3pts
				Dolor en el centro de la parte superior del abdomen	0 días= 0pts 1 día= 1pts 2-3 días= 2pts 4-7 días= 3pts
				Náuseas	0 días= 0pts 1 día= 1pts 2-3 días= 2pts 4-7 días= 3pts
				Dificultad para dormir bien por los síntomas	0 días= 0pts 1 día= 1pts 2-3 días= 2pts 4-7 días= 3pts
				Necesidad de antiácidos sin receta	0 días= 0pts 1 día= 1pts 2-3 días= 2pts 4-7 días= 3pts

Fuente: elaboración propia, 2026.

Plan Piloto, Validación de instrumentos

El plan piloto fue aplicado en 10 mujeres de Tablón y Tobosi, ambas comunidades pertenecientes al distrito de El Guarco en la provincia de Cartago. La totalidad cumplió con los criterios de inclusión.

Durante la aplicación del instrumento, los problemas encontrados fueron los siguientes: se observa cierta incomodidad al interrumpir las preguntas y hacer que la persona se coloque de pie para la toma de medidas antropométricas y luego se vuelva a sentar para continuar con la última parte de la evaluación de síntomas de RGE, por ende, se decide reubicar al final del cuestionario, las preguntas correspondientes a la parte III (medidas antropométricas), para un mejor orden y comodidad.

Posteriormente en el apartado IV, la pregunta 4 se sustituye por una en donde se pueda conocer primeramente si los participantes consumen medicamentos y luego se añade otro ítem en donde se deben anotar cuáles son los fármacos que consumen.

Y en ese mismo apartado anterior, se realizan dos ajustes: en la pregunta 2 se añade la opción “no aplica”, ya que algunas personas no presentan los síntomas de RGE y por lo tanto desconocen de algún alimento que les genere molestias. Y en la pregunta 5 se añade también la opción “no aplica”, dado que algunas personas no consumen medicamentos como se consulta en la pregunta anterior, por consiguiente, estos no pueden empeorar o hacer que se presenten los síntomas.

Procedimiento de Recolección de Datos

La información de cada miembro se recopila de forma personal, aplicando a cada participante el instrumento, esto para asegurar la participación de las personas y poder

realizar la toma de las mediciones antropométricas. Dicho instrumento se encuentra en la plataforma Google Forms, para obtener de manera digital cada respuesta y facilitar a posteriori la tabulación de los resultados.

A cada participante se le explica el objetivo del estudio por medio del consentimiento informado y se le recalca que los datos obtenidos serán totalmente resguardados y se mantendrán en anonimato, la elección de las participantes se realizó al azar dentro del distrito de Quebradilla, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Esta metodología se aplica tanto para el plan piloto como para la aplicación final en la muestra de la población en estudio.

Organización de los Datos

Una vez obtenidos los datos de la totalidad de la muestra, se organizan en un base de datos de Excel, de tal manera que la información obtenida se encuentre de forma clara y ordenada para iniciar la tabulación e interpretación de los resultados, por medio de gráficos y tablas para el posterior análisis correspondiente.

Análisis de los Datos

Para desarrollar el análisis de los datos univariados se aplicaron técnicas estadísticas descriptivas como tablas de frecuencias absolutas y relativas, así como también tablas comparativas.

En el caso del análisis bivariado y para el cálculo de las correlaciones se utilizó el coeficiente rho de Spearman, ya que varias de las variables utilizadas no provienen de mediciones continuas puras, sino de categorías ordinales transformadas en puntajes, como lo es la calidad de la dieta y con el puntaje de síntomas de reflujo gastroesofágico.

En este tipo de contextos, el coeficiente de Spearman resulta adecuado ya que trabaja sobre rangos y permite evaluar asociaciones monotónicas sin exigir que la relación entre las variables sea estrictamente lineal ni que todas ellas se comporten como variables métricas con distribución normal (Spearman, 1904; Schober et al., 2018; Miot, 2018).

También se utiliza Spearman porque el objetivo del análisis no es estimar un efecto causal ni construir un modelo predictivo, sino identificar si al aumentar o disminuir una variable tiende a observarse una variación consistente en la otra. En otras palabras, se busca determinar dirección, magnitud y significancia estadística de asociaciones monotónicas entre las variables del estudio.

La interpretación de la magnitud se realiza según una escala descriptiva ampliamente utilizada en estudios aplicados, donde coeficientes menores a 0.20 se consideran muy débiles, coeficientes entre 0.20 y 0.39 se consideran débiles, entre 0.40 y 0.59 moderados, entre 0.60 y 0.79 fuertes y de 0.80 en adelante muy fuertes (Evans, 1996).

De manera complementaria, el signo del coeficiente indica la dirección de la asociación: los valores positivos muestran que ambas variables tienden a aumentar en el mismo sentido, mientras que los valores negativos indican que, al aumentar una variable, la otra tiende a disminuir (Miot, 2018). En todos los casos se adopta un nivel de significancia de 0.05.

Capítulo IV: Presentación de Resultados

Presentación de Resultados Univariados

A continuación, en este capítulo se presentan las tablas y gráficos junto con la descripción de la información más relevante de cada uno, según los datos obtenidos a través del instrumento aplicado en la población de estudio.

Características Sociodemográficas

Seguidamente, se presentan los resultados referentes a los datos sociodemográficos (edad, estado civil, nivel educativo y ocupación actual) de la población en estudio.

Tabla 11.

Características sociodemográficas de la población en estudio (n=96)

Datos sociodemográficos	n	%
Edad		
50-55 años	28	29
56-60 años	24	25
61- 65 años	26	27
66-70 años	18	19
Estado civil		
Soltera	8	8
Casada	63	66
Unión libre	3	3
Divorciada	14	15
Viuda	8	8
Nivel educativo		
Primeria completa	67	70
Secundaria completa	0	0
Secundaria incompleta	15	16
Técnico	2	2
Universidad completa	6	6
Universidad incompleta	6	6
Ocupación actual		
Ama de casa	74	77
Trabajo formal	6	6
Trabajo informal	3	3
Trabajo propio	9	9
Pensionada	4	4

Fuente: elaboración propia, 2026.

Nota. Los porcentajes anteriores se presentan redondeados al número entero más cercano; por lo que la suma total puede no coincidir con el 100%.

La tabla 11, muestra los resultados obtenidos acerca de los datos sociodemográficos de la población en estudio, correspondientes a un total de 96 mujeres. Según esta tabla, en las participantes el rango de edad más presentado fue el de 50 a 55 años con un 29% (n=28).

Con respecto al estado civil, la mayoría de las participantes, es decir, el 66% (n=63) son casadas, y el 3% (n=3) se encuentran en unión libre. En relación con el nivel educativo, se observa que este es bajo, debido a que el 66% (n=63) cuentan únicamente con primaria completa y tan solo el 6% (n=6) tiene estudios académicos superiores como lo es universidad completa. Y, finalmente, la ocupación actual más mencionada de las participantes es la de ama de casa con un 77% (n=74), demostrando que de la totalidad solo el 19% (n=18) son laboralmente activas, ya sea que cuentan con trabajo propio, informal o formal.

Calidad de la Dieta

En esta sección se presentan los resultados obtenidos de los participantes de esta investigación, correspondientes a la calidad de la dieta según Índice de Alimentación Saludable.

Tabla 12.

Frecuencia de consumo de grupos de alimentos en la población de estudio (n=96)

Grupos de alimentos	Distribución de participantes (n) según frecuencia de consumo			
	≥ 5 veces/ semana	3-4 veces/semana	1-2 veces/semana	Nunca o casi nunca
1. Granos integrales (pan integral, arroz o pasta integral, quinoa, avena, tortillas de maíz)	31	25	33	7
2. Lácteos (leche, yogurt)	35	20	22	19
3. Grasas insaturadas (aguacate, aceite de oliva, almendras, chía, linaza)	23	18	33	22
4. Granos refinados* (arroz, pasta, bollería, repostería, galletas)	81	6	7	2
5. Sodio* (sopa instantánea, embutidos, enlatados, cubitos sazonadores, salsa china)	2	8	14	72
6. Azúcares añadidos* (jugos de caja, gaseosas, bebidas energéticas, jalea, miel, golosinas, postres, cereales para desayuno, pan dulce)	49	5	13	29
7. Grasas saturadas* (manteca de cerdo, margarina, mantequilla, queso crema, queso amarillo)	23	12	34	27
Continúa.				

Grupos de alimentos	Distribución de participantes (n) según frecuencia de consumo			
	≥ 5 veces/ semana	3-4 veces/semana	1-2 veces/semana	Nunca o casi nunca
8. Total de frutas (jugo o batido 100% natural, compota de frutas sin azúcar añadido, piña, fresa, banano)	59	14	6	17
9. Frutas enteras (mango, papaya, mandarina, manzana, ciruela)	59	15	5	17
10. Total de verduras (vegetales) (tomate, repollo, lechuga, zanahoria, zucchini, chayote)	63	17	10	6
11. Verduras y frijoles (leguminosas) (frijoles, lentejas, garbanzos, arvejas)	58	11	18	9
12. Alimentos con proteínas totales (res, cerdo, pollo, pescado, queso, huevos, frijoles, lentejas, garbanzos, nueces)	65	15	13	3
13. Proteínas de mariscos y plantas (camarones, pescado, atún, sardina, frijoles, lentejas, garbanzos, nueces)	13	20	52	11

Fuente: elaboración propia, 2026

La tabla 12, muestra la frecuencia de consumo de la población en estudio, la misma refleja que, hay un alto consumo de granos refinados, frutas y vegetales, así como las leguminosas y el azúcar añadido que se presentan en un grupo grande de participantes. Mientras que los granos integrales, las grasas insaturadas y saturadas presentan un consumo amplio, más no es el deseado.

El consumo de lácteos es positivo, ya que la mayor parte los consume al menos una vez por semana, en contraste la ingesta de alimentos con sodio refleja un bajo consumo, prevaleciendo la cantidad de personas que indicaron consumirlo “nunca o casi nunca”.

Con respecto a las proteínas totales, se observa un consumo favorable ya que un elevado número de participantes lo consumen ≥ 5 veces por semana, sin embargo, el consumo de proteínas de mariscos y plantas los consumen de forma más limitada, predominando en la categoría de “1-2 veces” semanalmente.

Tabla 13.

Clasificación de la calidad de la dieta de la población en estudio (n=96)

Calidad de la dieta	n	%
Alta	4	4
Moderada	68	71
Baja	24	25

Fuente: elaboración propia, 2026

La tabla 13, refleja el resultado obtenido de la calidad de la dieta de las participantes, por medio del Índice de Alimentación Saludable aplicado en la frecuencia de consumo. Como lo muestra la tabla, la mayoría de las participantes que corresponde al 71% (n=68) se encuentra en la categoría moderada, mientras que, solo un 4% (n=4) alcanzó la calidad de la dieta alta.

Para obtener los resultados anteriores se asignaron puntos de acuerdo con la frecuencia de consumo de cada grupo de alimentos. En los componentes de adecuación con máximo de 10 puntos, entre más frecuente era el consumo, mayor puntaje obtenía. Esto se aplicó a granos integrales, lácteos y grasas insaturadas.

En cambio, en los componentes de moderación con máximo de 10 puntos se aplicó la inversa, de manera que una menor frecuencia de consumo recibía un mayor puntaje. Aplicándose esto a granos refinados, sodio, azúcares añadidos y grasas saturadas.

A su vez, los componentes de adecuación con máximo de 5 puntos, correspondientes a total de frutas, frutas enteras, total de verduras (vegetales), verduras y frijoles (leguminosas), proteínas totales y proteínas de mariscos y plantas, también obtenían más puntos entre más se consumieran.

Finalmente, la suma de todos los componentes permite obtener un puntaje total de la calidad de la dieta para cada participante, donde dentro del Índice de Alimentación Saludable un puntaje total de ≥ 81 pts se interpreta como una calidad dietética alta, 51-80pts calidad moderada y $\leq$ a 50pts es una calidad baja.

Tabla 14.

Porcentaje de consumo favorable por grupos de alimentos según la categoría de calidad de la dieta

Grupos de alimentos	Alta	Moderada	Baja
Granos integrales	100	35.3	12.5
Lácteos	100	42.6	8.3
Grasas insaturadas	50	33.8	4.2
Granos refinados*	0	2.9	0

Grupos de alimentos	Alta	Moderada	Baja
Sodio*	75	82.4	66.7
Azúcares añadidos*	75	33.8	12.5
Grasas saturadas*	25	25	20.8
Total de frutas	100	88.2	33.3
Frutas enteras	100	88.2	29.2
Total de verduras (vegetales)	100	79.4	41.6
Verduras y frijoles (leguminosas)	50	61.8	50
Proteínas totales	100	73.5	58.3
Proteínas mariscos plantas	50	14.7	8.3

Nota. En los componentes de adecuación, el consumo favorable corresponde a una frecuencia de cinco o más veces por semana. En los componentes de moderación (*), el consumo favorable corresponde a la categoría nunca o casi nunca.

Fuente: elaboración propia, 2026

Al detallar los grupos de alimentos por separado, se aprecia que el patrón más favorable corresponde a las participantes con calidad de dieta alta, aunque debe tenerse presente que este grupo fue reducido. Dentro de esa categoría sobresalen principalmente los porcentajes elevados en granos integrales, lácteos, frutas, total de verduras (vegetales) y proteínas totales, lo que refleja una mayor cercanía al perfil alimentario esperado.

En la categoría moderada también se observan valores altos en total de frutas, frutas enteras, azúcares añadidos, total de verduras (vegetales) y proteínas totales, lo que sugiere que, aun cuando la dieta no alcanza el nivel más alto, sí incorpora algunos componentes favorables con relativa frecuencia. Por el contrario, en la categoría baja los porcentajes disminuyeron con mayor claridad en lácteos, grasas insaturadas, frutas y total de verduras (vegetales).

En las tres categorías el porcentaje de granos refinados, el cual es un grupo de moderación, aparece reducido, esto se debe a la lógica original del HEI (Índice de Alimentación Saludable), donde mientras más se consuma, menor puntaje reciben, por eso, como la mayoría sí reportó consumir este grupo de alimentos con bastante frecuencia el porcentaje de consumo favorable salió bajo. Lo cual no significa que no los consumieran, sino al contrario, muchas personas los consumen regularmente y bajo esa lógica, el porcentaje baja.

De la misma forma sucede con el sodio, donde por el contrario aparece aumentado en las tres categorías, lo cual significa que a nivel general la población no tiene un consumo muy marcado.

Para calcular los porcentajes de consumo favorable de la tabla 13, en los componentes de adecuación del Índice de Alimentación Saludable se reciben puntuaciones más altas cuando su consumo es más frecuente, mientras que en los componentes de moderación menos consumo indica más puntuación. A partir de esa sumatoria, se clasificó a las participantes en los tres niveles de calidad de dieta y se calcularon los porcentajes de consumo favorable dentro de cada uno de los niveles.

Síntomas de Reflujo Gastroesofágico

Se presentan a continuación, los resultados correspondientes a los síntomas de reflujo gastroesofágico evaluado mediante el GERD-Q, el conocimiento de la población acerca de alimentos y el consumo de fármacos que generan o agudizan dichos síntomas.

Tabla 15.

Frecuencia de síntomas gastrointestinales en los últimos 7 días, en la población de estudio según el GERD-Q (n=96)

Síntomas	Distribución de participantes (n) según frecuencia de síntomas			
	0 días	1 día	2-3 días	4-7 días
Sensación de ardor detrás del esternón (pirosis)	73	4	8	11
Paso del contenido del estómago a la garganta o boca (regurgitación)	72	7	6	11
Dolor epigástrico* (en el centro de la parte superior del abdomen)	77	3	4	12
Náuseas*	71	8	9	8
Dificultad para dormir bien en la noche por pirosis o regurgitación	80	3	5	8
Necesidad de antiácidos sin receta para la pirosis o regurgitación	92	2	1	1

Nota. El (*) indica los síntomas negativos dentro del cuestionario.

Fuente: elaboración propia, 2026

Como lo muestra la tabla 15, la mayoría de las participantes no presenta síntomas de reflujo gastroesofágico en la última semana, prevaleciendo los valores de la clasificación de “0 días” en la totalidad de los síntomas. A pesar de esto, se observa una cantidad relevante con síntomas presentes en “4-7 días” específicamente en pirosis, regurgitación y dolor epigástrico, siendo los síntomas más presentes en el grupo estudiado. En contraste, la necesidad de antiácidos fue bastante baja, de la misma forma que la dificultad para dormir.

De manera general los resultados del GERD-Q aplicado reflejan que la mayor parte de las participantes no presenta síntomas típicos de reflujo gastroesofágico, sin embargo, la ausencia de síntomas negativos (náuseas y dolor epigástrico), hace que se aumente significativamente el puntaje total, lo que eleva la proporción de síntomas positivos.

Tabla 16.

Presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico de la población en estudio (n=96)

Presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico	n	%
Baja	0	0
Media	73	76
Alta	16	17
Muy alta	7	7

Fuente: elaboración propia, 2026

La tabla 16, con respecto a la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico según el GERD-Q aplicado, muestra un claro predominio de la categoría media presencia de síntomas, correspondiente al 76% (n=73) de las participantes. Posteriormente el 17% (n=16) se encuentra en la categoría alta y un 7% (n=7) en la categoría muy alta, mientras que no se registraron participantes en la categoría de baja presencia de síntomas.

Para la obtención de los resultados anteriores se siguió la estructura del cuestionario GERD-Q, que incluye seis ítems como lo muestra la tabla 15. Cuatro preguntas fueron tratadas como síntomas positivos debido a que se relacionan con los síntomas que provoca el reflujo gastroesofágico: pirosis, regurgitación, dificultad para dormir bien por pirosis o regurgitación, y necesidad de antiácidos sin receta. En estos casos, las categorías se puntúan de forma directa: “0 días” = 0 puntos, “1 día” = 1 punto, “2-3 días” = 2 puntos y “4-7 días” = 3 puntos.

Los otros dos ítems: dolor epigástrico y náuseas, corresponden a síntomas negativos dentro del cuestionario ya que estos pueden confundirse con otras patologías gastrointestinales como dispepsia o gastritis; por lo que se recodificaron de forma inversa: “0 días” = 3 puntos, “1 día” = 2 puntos, “2-3 días” = 1 punto y “4-7 días” = 0 puntos, es decir, entre menos se presenten más puntos se suman al cuestionario, debido a que se fortalece la presencia de los síntomas positivos.

Finalmente, los seis ítems fueron sumados para obtener el valor total de síntomas de reflujo gastroesofágico de cada participante. Donde un puntaje total dentro del GERD-Q de 0-2pts significa baja presencia de síntomas, de 3-7pts media presencia de síntomas, de 8-10pts alta presencia y de 11-18pts muy alta presencia.

Tabla 17.

Porcentaje de presencia de síntomas específicos según la categoría de reflujo gastroesofágico

Presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico	Pirosis	Regurgitación	Dificultad para dormir	Uso de antiácidos	Dolor epigástrico	Náuseas
Baja	-	-	-	-	-	-
Media	11	12.3	1.4	0	8.2	13.7
Alta	68.8	62.5	50	18.8	31.2	37.5
Muy alta	71.4	100	100	14.3	28.6	28.6

Nota. La presencia del síntoma se definió como haberlo experimentado al menos un día durante los últimos siete días. En la categoría baja no hubo participantes.

Fuente: elaboración propia, 2026

Al analizar la sintomatología de forma más minuciosa, se observa que la pirosis y la regurgitación tienden a incrementarse conforme se avanza desde la categoría media hacia las categorías alta y muy alta. Esta misma tendencia se presenta en la dificultad para dormir, ya que los porcentajes se elevan de forma más marcada en los niveles más altos.

En contraste, el uso de antiácidos se presenta con menor frecuencia que los síntomas principales, lo que permite pensar que no todas recurrieron a esta medida a pesar de experimentar molestias. A su vez, el dolor epigástrico y las náuseas también mostraron porcentajes más altos en las categorías alta y muy alta que en la media.

Para obtener los resultados anteriores, primero se agrupó a las participantes según el nivel de presencia de síntomas (baja, media, alta, muy alta). En cada grupo se contó cuántas mujeres tenían cada síntoma y se dividió con el total de mujeres de ese mismo grupo y ese resultado se multiplicó por 100 para dar con el porcentaje. Para eso, se consideró que un síntoma estaba presente cuando había sido experimentado al menos un día durante los últimos siete días.

Tabla 18.

Conocimiento de la población en estudio acerca de alimentos que generan síntomas de reflujo gastroesofágico (n=96)

Conocimiento de alimentos que generan los síntomas	n	%
Sí	59	61
No	22	23
No aplica	15	16

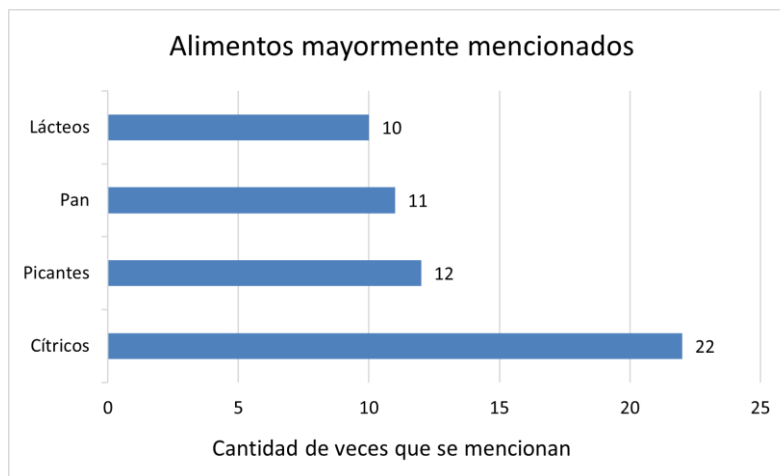
Fuente: elaboración propia, 2026

La tabla 18, indica el conocimiento de las participantes con respecto a los alimentos que le generan o empeoran los síntomas del reflujo gastroesofágico, y como se observa, la mayor parte de la población, la cual se ubica en el 61% (n=59) sí reconoce cuáles son esos alimentos, mientras que el 23% no los identifica.

El grupo de participantes que indicó “no aplica”, perteneciente al 16% (n=15) de las participantes, corresponde a quienes no han experimentado síntomas relacionados con el reflujo gastroesofágico.

Figura 2.

Alimentos mayormente mencionados que generan síntomas de reflujo gastroesofágico, en la población en estudio (n=96)



Fuente: elaboración propia, 2026

La figura 2, muestra los alimentos más comunes que generan síntomas de reflujo gastroesofágico en esta población, siendo el caso, la piña y el limón, dentro del grupo de los cítricos los alimentos mencionados más cantidad de veces, seguido de los picantes, el pan y los lácteos como leche y queso, este último grupo mencionado en una cantidad de veces menor.

Tabla 19.

Consumo de medicamentos y presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico asociados a su consumo, en la población en estudio (n=96)

Medicamentos	n	%
Consumo		
Sí	73	76
No	23	24
Presencia de síntomas asociados al consumo		
Sí	3	3
No	71	74
No aplica	22	23

Fuente: elaboración propia, 2026

En esta tabla, se observan los resultados sobre el consumo de medicamentos y la presencia de síntomas en relación con este consumo. Un grupo importante de las participantes, dicho de otro modo, el 76% (n=73) se medica regularmente, lo cual significa que consumen estos fármacos de 3 a más veces por semana, los medicamentos que más destacan en esta población son la lovastatina (27%), la irbesartán y levotiroxina (21%) y la metformina (16%); es decir, para el manejo de la hipertensión, dislipidemia e hipotiroidismo y prediabetes o diabetes mellitus tipo 2.

Al agrupar el consumo de antihipertensivos en este grupo de mujeres, se observa que constituyen el fármaco más utilizado, con una presencia del 60% entre la población consumidora de medicamentos.

El 74% (n=71) indica no tener sintomatología presente derivada al consumo de estos, lo que refleja una adecuada tolerancia a los fármacos o que los efectos adversos pasan desapercibidos.

La categoría “no aplica” muestra la cantidad de participantes que no consume medicamentos, la cual corresponde a un 23% (n=22).

Estado Nutricional

A continuación, se presentan los datos relacionados con el índice de masa corporal y circunferencia abdominal de la población en estudio.

Tabla 20.

Clasificación del índice de masa corporal de la población en estudio (n=96)

Índice de masa corporal	n	%
Bajo peso	0	0
Normal	22	23
Sobrepeso	45	47
Obesidad	29	30

Fuente: elaboración propia, 2026

La tabla 20, señala que la mayoría de las participantes, casi la mitad de ellas, se ubican en la clasificación de sobrepeso, es decir, el 47% (n=45) y el 30% (n=29) se encuentra en obesidad; esto significa que el 77% de la población estudiada presenta un exceso en su peso y en este caso ninguna participante se categorizó en bajo peso, lo cual indica que el principal problema no es la desnutrición, sino el exceso de peso.

Además, solo el 23% (n=22) presenta un IMC en el rango normal; estos resultados obtenidos reflejan que la minoría mantiene un estado nutricional adecuado para su peso y estatura.

Según esto, el promedio de IMC en la totalidad de mujeres estudiadas es de 28,9kg/mts² lo que indica que, en conjunto, la población se encuentra en la categoría de sobrepeso.

Tabla 21.

Clasificación de la circunferencia abdominal de la población en estudio (n=96)

Circunferencia abdominal	n	%
Normal	11	11
Riesgo elevado	15	16
Riesgo muy elevado	70	73

Nota. Los riesgos: elevado y muy elevando, se refieren a nivel cardiovascular y/o metabólico.

Fuente: elaboración propia, 2026

La tabla 21, indica que la mayoría de las participantes, es decir, el 73% (n=70) presenta una acumulación importante de adiposidad central ya que la circunferencia abdominal se categoriza en un riesgo muy elevado a nivel metabólico y cardiovascular, es decir, son circunferencias mayores a 88cm; estos resultados son muy consistentes con la clasificación del IMC descrita en la tabla 16.

Además, solo el 11% (n=11), un porcentaje bastante bajo, presenta valores dentro del rango considerado como el ideal, lo que significa, circunferencias menores o iguales a 80cm.

En esta población la circunferencia abdominal media fue de 93,5cm, lo que significa, que en promedio las participantes se ubican en el rango de riesgo muy elevado para complicaciones cardiovasculares y metabólicas.

Presentación de Resultados Bivariados

En esta segunda parte del capítulo se presentan las tablas y la descripción de las relaciones entre las variables de esta investigación. Para llevar a cabo estos resultados se hizo uso del coeficiente de Spearman, el cual permite determinar si existen correlaciones entre las variables.

Relación entre el Estado Nutricional y la Presencia de Síntomas de Reflujo

Gastroesofágico

Esta sección señala los resultados en relación con el índice de masa corporal y la circunferencia abdominal, con la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico, de la población en estudio.

Tabla 22.

Relación entre el IMC y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico de la población en estudio (n=96)

Variable	Coeficiente de Spearman			
	Valor de relación	Valor p	Significancia	Clasificación
IMC con presencia de síntomas de RGE	0,273	0.008	Significativo	Débil positiva

Fuente: elaboración propia, 2026

La tabla 18, muestra la correlación entre la variable del IMC y los síntomas de reflujo gastroesofágico, realizado a través del coeficiente de Spearman. Dicho coeficiente obtenido fue positivo y de magnitud débil ($\rho = 0.273$; $p = 0.008$), lo que sugiere que, dentro de la población estudiada, valores más altos de IMC tienden a acompañarse de una mayor presencia de síntomas. A pesar de que la intensidad de la correlación no fue alta, la

dirección observada sí apunta a un patrón firme y compatible con la idea de que un mayor compromiso del estado nutricional, en este caso el IMC, puede relacionarse con una mayor manifestación de síntomas de reflujo gastroesofágico. Esta fue la única asociación estadísticamente significativa.

Tabla 23.

Relación entre la circunferencia abdominal y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico de la población en estudio (n=96)

Variable	Coeficiente de Spearman			
	Valor de relación	Valor p	Significancia	Clasificación
Circunferencia abdominal con la presencia de síntomas de RGE	0,167	0.104	No significativo	Muy débil positiva

Fuente: elaboración propia, 2026

La tabla 19, indica que, en cuanto a la circunferencia abdominal, la correlación con los síntomas de reflujo gastroesofágico fue positiva, pero muy débil y no significativa ($\rho = 0.167$; $p = 0.104$). Esto indica que, aunque en los datos se observó una ligera tendencia a que mayores perímetros abdominales se acompañaba de más síntomas, esa variación no alcanzó suficiente consistencia estadística para respaldar una relación entre ambas variables en esta población en estudio.

Relación de la Calidad de la Dieta con la Presencia de Síntomas de Reflujo

Gastroesofágico

A continuación, se mencionan los resultados acerca de la correlación estadística entre la calidad de la dieta y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico de la población en estudio.

Tabla 24.

Relación entre la calidad de la dieta y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico de la población en estudio (n=96)

Variable	Coeficiente de Spearman			
	Valor de relación	Valor p	Significancia	Clasificación
Calidad de la dieta con la presencia de síntomas de RGE	-0,161	0.118	No significativo	Muy débil negativa

Fuente: elaboración propia, 2026

La tabla 20, refleja que la calidad de la dieta mostró una correlación muy débil negativa con los síntomas de reflujo gastroesofágico ($\rho = -0.161$; $p = 0.118$). Este resultado negativo sugiere que mejores puntajes de calidad dietética tendieron, en promedio, a asociarse con una menor presencia de síntomas; sin embargo, la magnitud fue pequeña y la prueba no resultó significativa, no siendo suficientemente sólida como para afirmar que la calidad de la dieta se vincula con los síntomas de reflujo gastroesofágico.

Relación entre la Calidad de la Dieta y el Estado Nutricional

Seguidamente se presentan los resultados obtenidos según el coeficiente de Spearman, de la relación entre la calidad de la dieta y el índice de masa corporal y la circunferencia abdominal, de la población en estudio.

Tabla 25.

Relación entre la calidad de la dieta y el IMC de la población en estudio (n=96)

Variable	Coeficiente de Spearman			
	Valor de relación	Valor p	Significancia	Clasificación
Calidad de la dieta con el IMC	-0,164	0.114	No significativo	Muy débil negativa

Fuente: elaboración propia, 2026

La tabla 21, señala la correlación según Spearman entre la calidad de la dieta y el IMC, misma que fue muy débil negativa ($\rho = -0.164$; $p = 0.114$). La dirección de los coeficientes sugiere que una mejor calidad de la dieta tendería a acompañarse de valores antropométricos ligeramente menores, pero esta tendencia fue demasiado pequeña e inestable como para considerarse estadísticamente demostrada.

Tabla 26.

Relación entre la calidad de la dieta y la circunferencia abdominal de la población en estudio (n=96)

Variable	Coeficiente de Spearman			
	Valor de relación	Valor p	Significancia	Clasificación
Calidad de la dieta con circunferencia abdominal	-0,04	0.702	No significativo	Muy débil negativa

Fuente: elaboración propia, 2026

La tabla 22, indica que la correlación entre calidad de la dieta y circunferencia abdominal fue prácticamente nula en términos sustantivos y también negativa ($\rho = -0.040$; $p = 0.702$). De la misma forma la dirección de los coeficientes sugiere que una mejor calidad dietética tendería a acompañarse de una circunferencia abdominal ligeramente menor, pero esta tendencia igualmente fue muy pequeña e inestable como para confirmar su relación.

Relación entre el Consumo de Medicamentos y la Presencia de Síntomas de Reflujo Gastroesofágico

Se muestra a continuación el resultado obtenido con respecto a la relación entre el consumo de fármacos y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico en la población en estudio.

Tabla 27.

Relación entre el consumo de medicamentos y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico de la población en estudio (n=96)

Variable	Coeficiente de Spearman			
	Valor de relación	Valor p	Significancia	Clasificación
Consumo de medicamentos y la presencia de síntomas de RGE	0.104	0.315	No significativo	Muy débil positiva

Fuente: elaboración propia, 2026

La tabla 23, muestra que el consumo regular de medicamentos presentó una correlación muy débil positiva con los síntomas de reflujo gastroesofágico ($\rho = 0.104$; $p = 0.315$). Aunque el signo del coeficiente apunta a que quienes reportaron consumo regular de medicamentos podrían presentar una leve tendencia a mayor puntaje de síntomas, el resultado estuvo lejos del nivel de significancia establecido; no obteniéndose evidencia suficiente para confirmar que existe una relación entre ambas variables en esta población de estudio.

Capítulo V: Discusión y Análisis de los Resultados

Análisis de Resultados Univariados

A continuación, se desarrolla el análisis y discusión de la información más relevante de la población en estudio, acerca de los resultados univariados.

Características Sociodemográficas

De acuerdo con los datos a nivel sociodemográfico obtenidos a través de esta investigación, se reflejan que, aunque la distribución por edades es semejante, destaca la mayor participación de mujeres de 50 a 55 años. Esto puede deberse a la estructura poblacional de Costa Rica, donde la pirámide poblacional evidencia que el grupo femenino de 50 a 55 años es más amplio que los grupos poblacionales mayores de 60 años (INEC, 2022).

El estado civil muestra que la mayor parte de las mujeres en estudio están casadas, lo cual concuerda con los resultados del (INEC, 2025), en el cual se menciona que en la provincia de Cartago para el año 2024 hubo 2062 matrimonios y del total de matrimonios el 97,8% correspondió a uniones entre mujeres y hombres. A nivel nacional o provincial no es posibles conocer la cantidad acumulada de matrimonios vigentes a la actualidad, solo se tiene el dato de los registrados años tras año.

Sin embargo, esta misma fuente resalta que desde el 2015 al 2024 el promedio nacional de matrimonios entre mujeres y hombres ronda los 23 218 anualmente, se podría decir entonces que aproximadamente cada año a nivel nacional se casa el 0,9% de la población.

En cuanto al nivel educativo, casi tres cuartas partes cuenta únicamente con primaria completa, mientras que un pequeño porcentaje de las mujeres participantes

alcanzó estudios universitarios. Esto se vincula con los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares, donde se muestra que las personas mayores de 25 años tienen menor acceso a secundaria y universidad, solo un 19,4% y un 23,6% respectivamente, a nivel nacional cuentan con estos estudios finalizados (INEC, 2024).

Este rezago educativo en el caso de las mujeres, muchas veces se debe a factores sociales y culturales, donde se contrae matrimonio desde edades jóvenes, el cuidado de los niños o el trabajo doméstico. Además, esta baja escolaridad es un determinante social de la salud, ya que puede ser un limitante para acceder a información sobre nutrición, calidad de la dieta e influir en el conocimiento y manejo de los síntomas de reflujo gastroesofágico.

En relación con la ocupación, la mayoría de la población en estudio, indica ser amas de casa, posteriormente un pequeño número señala contar con empleo formal, informal o por cuenta propia.

Este predominio del trabajo doméstico no remunerado refleja las tradiciones de género en mujeres mayores y concuerda con estadísticas nacionales donde según el (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2025), la tasa de no participación en este género en el mercado laboral es de un 56,8%, siendo este un 23% más alto que en el caso de los hombres; además en mujeres de 60 años o más la inactividad laboral es del 89,7%. Se menciona que los principales motivos son el trabajo del hogar y de cuidados.

La fuente anterior menciona que en el caso de las que se encuentran ocupadas laboralmente, las áreas que más destacan son en el comercio y como empleadas domésticas, con un 15,9% y 12,9% respectivamente.

Además, un porcentaje aún más pequeño refleja estar pensionadas, lo que muestra la baja participación de esta población de mujeres en lo que respecta a labores en el ámbito formal.

Calidad de la Dieta

Con respecto a esta variable, se permite apreciar que, aunque la población no se concentra de forma marcada en los niveles más bajos de calidad dietética, tampoco presenta una alta frecuencia de consumo en los grupos de alimentos que caracterizan una alimentación de mejor calidad. En otras palabras, el patrón alimentario que predomina en este grupo de mujeres se sitúa en un nivel intermedio según el Índice de Alimentación Saludable, lo que muestra la presencia de hábitos alimentarios que, a pesar de no ser del todo inadecuados, aún requieren mejoras para acercarse a una calidad de la dieta más favorable.

Aunque se incluyen grupos de alimentos saludables y cercanos a un patrón alimentario nutritivo, estos no se consumen en la cantidad o frecuencia deseada, su consumo aún es deficiente y no se aproximada al ideal.

Lo anterior concuerda con (Villalobos et al., 2019) en donde al analizar los hábitos alimentarios de la población costarricense incluida en el ELANS (Estudio Latinoamericano de Nutrición y Salud), se mostró que la dieta de la población costarricense se caracteriza por un alto consumo de harinas y azúcares y un consumo escaso de leguminosas, frutas, vegetales y pescados.

Casi la cuarta parte que se ubica en la categoría baja muestra una marcada tendencia hacia grupos de alimentos como granos refinados, sodio, azúcares y un bajo consumo de

proteínas de mariscos/plantas, frutas, lácteos y grasas insaturadas, según la clasificación del Índice de Alimentación Saludable.

Si bien no es un número grande de participantes las que sobresalen en esta categoría, se debería vigilar ya que esta población puede tener mayor tendencia a enfermedades crónicas o a síntomas de RGE. Este resultado puede estar ligado al bajo nivel educativo y/o la ocupación donde sobresalen las labores domésticas. Aunque en esta investigación no se indaga sobre el ingreso económico del hogar, este factor puede ser este un limitante que influye en la selección de alimentos.

La cantidad de participantes que cumplen con un patrón alimentario de mayor calidad es bastante escasa. Este pequeño grupo de mujeres tuvo la totalidad de los puntos en la mayoría de los alimentos de adecuación y de forma contraria con los alimentos de moderación, exceptuando los granos refinados y grasas saturadas.

Este mínimo porcentaje en la clasificación de calidad de la dieta alta se puede respaldar con lo que muestra la Encuesta Actualidades (Universidad de Costa Rica, 2023), creada por la Escuela de Estadística; donde menciona que el 81,8% de los participantes desconocen las Guías Alimentarias y autocalifican su alimentación como “regular” en un promedio de 6,9pts en una escala del 0 al 10.

Además, las personas de 50 años o más indicaron que las etiquetas de los productos alimentarios son complicadas de interpretar; siendo estos algunos de los motivos por los cuales un porcentaje tan bajo cuenta con hábitos alimentarios poco óptimos.

Por otro lado, los resultados de esta misma encuesta señalan que las personas que perciben que su ingreso “sí les alcanza” son las que indicaron consumir por lo menos una

vez diariamente frutas y vegetales; a pesar de consumir estos grupos de alimentos, la frecuencia con la que los consumen sigue estando baja. Este resultado muestra que el nivel socioeconómico es un factor que influye en la calidad de la alimentación.

Finalmente un estudio en Argentina, donde se analiza la calidad de la dieta según HEI, se destaca que solo el 2,6% de los adultos presentaron una calidad de la dieta alta, es decir, un puntaje mayor o igual a 81pts; el 38,8% una calidad moderada, lo que fue de 80 a 57pts, y por último la mayor parte de la población la cual fue el 58,6% presentó una calidad de la dieta baja, que corresponde a un puntaje igual o menor a 50pts (Zapata, Moratal, et al., 2020).

Los resultados anteriores no tienen semejanza con los obtenidos en esta investigación, ya que la calidad de la dieta que prevalece en el estudio realizado es la moderada. Sin embargo, la calidad de la dieta alta concuerda en ambos estudios, ya que los dos presentan el porcentaje más bajo en comparación con las dietas de calidad moderada y baja.

Síntomas de Reflujo Gastroesofágico

Con respecto a la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico, según los señalados en el GERD-Q aplicado, el predominio de la categoría media y la ausencia de participantes en la categoría baja destaca que las manifestaciones clínicas no estuvieron ausentes dentro de la población estudiada, sino que tuvo una presencia bastante consistente como para ubicar a la totalidad de las participantes, al menos, en un nivel medio del cuestionario.

Estos resultados concuerdan con (Ndyalvan et al., 2025), donde al aplicar el GERD-Q a individuos adultos; al interpretar los puntajes como presencia de síntomas, la mayoría de los participantes obtuvo una presencia media, seguido de una alta presencia y en menor proporción la categoría muy alta. Además, el sexo femenino tuvo mayor presencia de síntomas y estos estuvieron más marcadas en participantes de 40 a 59 años.

Los hallazgos mencionados, son consistentes con los obtenidos en la población utilizada para esta investigación, en donde hubo un predominio de categoría media de presencia de síntomas, lo que respalda la validez de los resultados.

Además, entre las manifestaciones clínicas presentes, a nivel general en orden de mayor a menor presencia sobre sale la regurgitación, seguido de la dificultad para dormir por pirosis o regurgitación, luego la pirosis, las náuseas, el dolor epigástrico y por último el consumo de antiácidos sin receta médica.

Estos resultados se asemejan en gran medida a los percibidos por (Páramo Hernández et al., 2017), ya según su investigación, las manifestaciones clínicas más presentes de forma descendente según el GERD-Q aplicado, fue regurgitación, dolor epigástrico, pirosis, náuseas, dificultad para dormir debido a pirosis o regurgitación y en último lugar el consumo de antiácidos adicionales a los recetados por el médico. Lo anterior, aporta una comparación a nivel de Latinoamérica que fortalece la interpretación de los resultados obtenidos en este estudio.

Posteriormente siguiendo con el conocimiento de la población de los alimentos que generan síntomas del RGE, más de la mitad de las participantes sí reconoce cuáles son esos

alimentos que desencadenan los síntomas, lo que indica un nivel de consciencia con respecto a la alimentación en esta población.

Poder identificar los alimentos que generan los síntomas de reflujo permite a las participantes evitar o reducir el consumo de estos alimentos y por ende tener una mejor calidad de vida, ya que se pueden controlar las manifestaciones clínicas por medio de la dieta.

Los autores (Ahuja et al., 2023) mencionan que existe una variedad de alimentos y además bebidas que se relacionan con el aumento de la sintomatología por ejemplo el café, las bebidas gaseosas, el alcohol, los alimentos ácidos, el chocolate y los picantes. Al restringir el consumo de estos alimentos desencadenantes se posibilita la disminución de la sintomatología.

Un estudio realizado por (Tosetti et al., 2021) en personas con categoría media del GERD-Q, el 85% de los participantes menciona al menos un alimento que genera los síntomas de reflujo gastroesofágico, entre ellos los picantes, el chocolate, la pizza, el tomate y los alimentos fritos, tras dos semanas de eliminación de dichos alimentos, la reevaluación del GERD-Q mostró una disminución superior al 50% en los síntomas de pirosis y regurgitación. Estos resultados fortalecen que hacer modificaciones en la dieta es una estrategia efectiva para el manejo de los síntomas de reflujo gastroesofágico.

Finalmente, la mayoría de las personas en estudio indican consumir medicamentos regularmente, sin embargo, la mayoría de las participantes no manifestó síntomas de reflujo relacionados con el consumo de estos, lo que da a entender que estos medicamentos

mayormente consumidos no son un factor que determine la aparición o empeoramiento de los síntomas en esta población.

Estos datos concuerdan con los expuestos por (Segura Cano, 2021), donde la mayor parte de la población consume fármacos y el 80% corresponde al tratamiento para la hipertensión arterial, luego de las dislipidemias y seguidamente para la diabetes mellitus/prediabetes.

Además conforme aumenta la edad, el consumo de medicamentos también aumenta, este alto consumo de fármacos refleja la presencia de enfermedades crónicas en esta población, según (Paho/Ops, 2024), en Costa Rica estas enfermedades como es el caso de la hipertensión y la diabetes son las principales causas de muerte en el país; 80,2% de las muertes en el 2018, fueron debido a las ECNT (enfermedades crónicas no transmisibles).

Se dice que las personas mayores tienen hasta el doble de probabilidad de sufrir efectos secundarios debido al consumo de medicamentos, afectando su calidad de vida y muchas veces haciendo necesaria la atención médica u hospitalaria (Ruscin & Linnebur, 2025), sin embargo los datos obtenidos en esta población son positivos, ya que a pesar del alto consumo de fármacos en la mayoría de las mujeres, menos del 5% presenta efectos adversos con respecto al reflujo gastroesofágico.

Estado Nutricional

Con respecto a esta última variable, hay una mayoritaria prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como una elevada presencia de circunferencia abdominal en el rango de riesgo muy alto a nivel metabólico y cardiovascular.

Estos resultados reflejan en la población una alta adiposidad tanto de forma general como central. Para el 2024, (Rodríguez, 2024) muestra que las tasas de obesidad alcanzan su pico entre los 50-59 años con una reducción posterior en personas de la tercera edad, sin embargo la obesidad es un problema importante en adultos y adultos mayores, principalmente en mujeres, además se menciona que la obesidad a nivel provincial se encuentra más presente en Cartago, aproximadamente 4000 por cada 100 000 habitantes.

Estos datos anteriores son realmente alarmantes, ya que el exceso de peso corporal trae consigo muchas enfermedades crónicas como hipertensión, dislipidemias, diabetes tipo 2 e incluso reflujo gastroesofágico como se muestra más adelante en los resultados bivariados. Además de esto, el sobrepeso u obesidad limita la movilidad, genera dependencia hacia las demás personas y aumenta la fatiga, por mencionar algunas de sus otras consecuencias.

Estudios muestran la elevada proporción de sobrepeso y obesidad presente en Costa Rica, (Gómez Salas et al., 2020) expone que el 68,5% de la población de su estudio presenta exceso de peso y esta característica es más marcada en la población femenina, así como una obesidad abdominal en el 70% de las personas, presentándose en las mujeres una media de circunferencia de cintura de 93,7cm y un IMC promedio de 29,4 en esta mismo género.

Estos datos son relevantes en esta investigación, ya que respaldan los obtenidos en esta investigación al tener gran semejanza, debido a que en esta investigación la media de la circunferencia abdominal fue de 93,5cm y la del IMC fue de 28,9kg/mts².

La obesidad también es una carga muy grande para la economía del país, ya que según (Evans-Meza et al., 2024) en el Informe de Salud en Perspectiva No.35 de la Universidad Hispanoamericana, la obesidad es la principal causa de diversas enfermedades crónicas, entre el 2020 y el 2023 la demanda en centros médicos de la CCSS (Caja Costarricense del Seguro Social) fue de un 272%, siendo mujeres el 70% de los que requirieron del servicio.

Según información de la gerencia médica de la CCSS, en noviembre del 2019 el costo por día en atención hospitalaria para aliviar las dolencias por obesidad era de aproximadamente mil dólares.

En este contexto, los resultados de esta investigación con respecto a esta variable manifiestan la necesidad urgente de estrategias para la prevención y control del peso, que incluya educación nutricional y promoción de la actividad física desde la niñez, así como el desarrollo de políticas orientadas hacia estos puntos. Estas medidas no solo colaborarían con la salud de las personas, sino también con la economía del sistema de salud costarricense.

Análisis de Resultados Bivariados

A continuación, se desarrolla el análisis y discusión de la información más relevante de la población en estudio, acerca de los resultados bivariados.

Relación entre el Estado Nutricional y la Presencia de Síntomas de Reflujo

Gastroesofágico

Con respecto a la relación entre el IMC y la presencia de síntomas de RGE, los resultados muestran una significancia positiva y de magnitud débil; valores más altos de IMC tendieron a acompañarse a una presencia mayor de síntomas, sin embargo, aunque la intensidad de la correlación no fue alta, la dirección observada sí apunta a un patrón consistente y compatible.

Dicho esto, (Gómez-Carreño & Crespo, 2022) indican que el exceso de peso corporal favorece a un reflujo del contenido gástrico al esófago, una obesidad con un IMC mayor a $30\text{kg}/\text{mts}^2$ se relacionó con un incremento importante en la cantidad de episodios de reflujo, principalmente después de las comidas, el sobrepeso u obesidad eleva el riesgo de padecer ERGE o de que la sintomatología se presente de forma más frecuente y grave que en personas que cuentan con un IMC normal. Estas coincidencias fortalecen la credibilidad de la correlación detectada en la población en estudio.

De forma paralela, (Vaishnav et al., 2017) menciona en su estudio que los síntomas como acidez estomacal y regurgitación fueron los más presentes y que a mayor IMC, mayor la probabilidad de presentar síntomas, con una correlación estadísticamente muy significativa, valor $p < 0,0001$). Este estudio concuerda con el realizado, ya que también se presenta una relación positiva entre el estado nutricional, en términos de IMC y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico.

En cuanto a la circunferencia abdominal, la correlación con la presencia de síntomas de RGE fue positiva, sin embargo, muy débil y no tuvo significancia, aunque en los datos se observó una ligera tendencia de que a mayores perímetros abdominales se presenta un puntaje mayor de síntomas, esa variación no alcanzó suficiente consistencia estadística para respaldar una relación en esta muestra. Por tanto, con la información disponible no se puede afirmar que la circunferencia abdominal se haya relacionado de manera clara con la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico en esta población.

Sin embargo, (Ness-Jensen et al., 2016) reportan que la obesidad central eleva la presión sobre la unión gastroesofágica, favoreciendo el reflujo, además dentro de los principales factores de riesgo para la ERGE e incluso esofagitis se encuentra la obesidad, especialmente la obesidad abdominal.

De esta misma forma, se ha notado una alta cantidad en los episodios de relajación transitoria del EEI y se ha asociado tanto al IMC como a la circunferencia abdominal. Según (García Ruiz de Gordejuela et al., 2023a), “el gradiente de presión transdiafragmática no se relaciona con el IMC, sino con la distribución que tiene el exceso de grasa”, es decir, cuando la obesidad es central, este es un factor que presenta una relación importante con un tránsito esofágico lento; pero cuando la grasa es periférica/subcutánea no hay una estrecha relación con el desarrollo de ERGE.

A pesar de que en la población en estudio no hubo una relación estadísticamente importante entre la circunferencia abdominal y los síntomas de reflujo, la literatura señala que el perímetro abdominal sí tiende a relacionarse con esta sintomatología por los cambios que genera el sobrepeso y obesidad a nivel anatómico.

Relación de la Calidad de la Dieta con los Síntomas de Reflujo Gastroesofágico

Con respecto a esta relación, al ser muy débil negativa sugiere que mejores puntajes de calidad dietética, tendieron en promedio, a asociarse con menor presencia de síntomas, más, sin embargo, al ser muy débil y no significativa esta correlación, no es suficientemente sólida para sostener que estas dos variables se relacionan entre sí, al menos no en esta población estudiada.

Sin embargo aunque el resultado no fue sólido, concuerda con (García Ruiz de Gordejuela et al., 2023b), donde señala que el excesivo consumo de grasas, normalmente característico en pacientes con obesidad, estimula la secreción de colecistoquinina, lo cual genera una relajación del EEI e incrementa la frecuencia de sus relajaciones transitorias. Asimismo, la alta ingesta de bebidas gaseosas, alimentos grasosos y otros alimentos poco saludables modifican la motilidad del intestino, enlentece el vaciamiento gástrico y facilita la aparición de los síntomas de reflujo gastroesofágico

De manera similar, (Herdiana, 2023) indica que los alimentos altos en grasa junto con el consumo de chocolate y bebidas gaseosas pueden favorecer la disminución de la presión del EEI y aumenta la exposición al ácido gástrico. En contraste, patrones alimentarios donde sobresalga el consumo de frutas y cereales integrales, como la dieta mediterránea se asocian con la mejoría de los síntomas del reflujo gastroesofágico.

Lo anterior concuerda con esta investigación, donde la calidad de la dieta baja observada en una cuarta parte de la población refleja un bajo consumo de granos integrales y frutas, lo cual puede justificar la presencia de síntomas en la población. Como menciona (Alkhathami et al., 2017), un elevado consumo de alimentos altos en fibra como frijoles, verduras y frutas tiene relación con una disminución en la reducción de los síntomas de

reflujo gastroesofágico dado que la fibra contribuye en la disminución de la producción de ácido.

Estos hallazgos evidencian que, aunque la correlación en este estudio no fue significativa a nivel estadístico en esta población, la evidencia internacional respalda la importancia de la alimentación como reductor en la sintomatología del reflujo gastroesofágico.

Además, en el contexto costarricense, la alimentación tradicional se caracteriza por un consumo de harinas refinadas, grasas saturadas y comidas abundantes en la cena junto con la presencia de alimentos ultraprocesados, factores que contribuyen a la aparición de los síntomas de reflujo. No obstante, la calidad dietética más sobresaliente en la población es la moderada, con valores altos en el consumo de frutas y proteínas, sin embargo, la totalidad de la población presentó síntomas de reflujo, lo que evidencia que, aun cuando la dieta alcanza niveles moderados, no son suficientes para prevenir las manifestaciones clínicas.

Relación entre la Calidad de la Dieta y el Estado Nutricional

La relación entre la calidad de la dieta con el IMC y la circunferencia abdominal, sugieren que una mejor calidad dietética podría vincularse con valores antropométricos ligeramente menores, sin embargo, no fueron estadísticamente significativos en esta población. Esto difiere a lo reportado por (Miranda & Martínez, 2021), donde su estudio muestra que las personas que se ubican dentro de un rango saludable, es decir, un IMC normal, son los que tienen mayor proporción de dieta poco saludable, seguido de los individuos con obesidad.

No obstante, (Velasco Estrada et al., 2018) llegaron a la conclusión que la calidad de la dieta si se asocia con específicamente la obesidad y que estos resultados pueden influir según la población, asimismo que las comidas rápidas tiene mayor asociación a una circunferencia abdominal mayor.

De la misma manera, un estudio costarricense realizado por la Universidad Hispanoamericana muestra que hubo mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población y un bajo consumo de frutas y vegetales, hábitos que repercuten en el estado nutricional de los participantes (Álvarez-Castro et al., 2025).

De esta forma una dieta donde prevalezca el consumo de alimentos poco saludables y que de forma contraria se limite o sea bajo el consumo de granos integrales, frutas y vegetales, va a generar un estado nutricional desequilibrado presentándose el sobrepeso y obesidad y por ende un elevado perímetro abdominal, tal y como se muestra en esta investigación.

La (FAO, 2017) respalda esto mencionando que uno de los factores del incremento en las tasas de obesidad y sobrepeso es la modificación de los patrones alimentarios, donde el consumo de las preparaciones tradicionales ha disminuido y ha aumentado la ingesta de productos ultraprocesados. Sin embargo, factores sociodemográficos y el sedentarismo pueden influir en el estado nutricional, por lo cual este no depende únicamente de la calidad dietética.

En esta investigación, a pesar de que la calidad de la dieta que sobresale es la moderada con un importante consumo de frutas, proteínas, granos integrales y lácteos, la mayor parte de la población estudiada se encuentra en sobrepeso u obesidad y cuenta con

circunferencias abdominales mayores a 88cm, lo que indica que, aún incorporando alimentos saludables con una relativa frecuencia, no es suficiente para alcanzar la calidad dietética ideal ni el estado nutricional adecuado.

Relación entre el Consumo de Medicamentos y Síntomas de Reflujo Gastroesofágico

Con respecto a la correlación de estas dos variables, al estar el resultado lejos del nivel de significancia establecido, no se puede evidenciar que haya una asociación entre el consumo de medicamentos y los síntomas de reflujo en este grupo de mujeres estudiadas.

A pesar de esto, la literatura señala que existen diversos fármacos que pueden influir en la aparición o aumento de los síntomas del RGE, por ejemplo (Santos et al., 2022) mencionan que el uso frecuente de AINES (antiinflamatorios no esteroides) como el ibuprofeno, la aspirina y diclofenaco aún en pequeñas dosis se asocia con complicaciones gastrointestinales y mayor riesgo de pirosis. Además (Padayachee et al., 2022) señala que medicamentos como antibióticos, estatinas, bifosfonatos, vitamina C, warfarina, bloqueadores de canales de calcio, antidepresivos tricíclicos se han relacionado con el RGE.

En el caso de los AINES, (Marcén et al., 2016) estiman que más del 40% de las personas que los utilizan, llegan a desarrollar molestias en el tracto gastrointestinal alto, siendo de los más comunes el reflujo gastroesofágico. Estos bloquean las enzimas COX necesarias para producir prostaglandinas, mismas que ayudan a proteger el estómago, al producirse menos prostaglandinas, el estómago queda más vulnerable al ácido y se generan las molestias (Keller et al., 2024). De forma semejante los bloqueadores de canales de calcio contribuyen al reflujo al relajar el EEI.

También hay una gran relación de los síntomas de reflujo gastroesofágico y la terapia hormonal, ya que el uso de estrógenos y progestágenos tienen asociación directa con la enfermedad por reflujo gastroesofágico (Aldhaleei et al., 2023).

Estos hallazgos permiten comprender que, aunque existan fármacos que se relacionen con el reflujo gastroesofágico, en esta investigación se muestra que, a pesar de la polifarmacia presente en esta población, únicamente un reducido porcentaje de personas manifiesta síntomas asociados a estos, por ende, los fármacos no son un factor determinante para la presencia de síntomas de reflujo, en esta población de mujeres estudiadas.

Capítulo VI: Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

Seguidamente se presentan las conclusiones de la presente investigación con respecto a los resultados obtenidos y de acuerdo con los objetivos del estudio.

- La relación de la calidad de la dieta con el estado nutricional y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico no mostró significancia estadística en esta población. Las correlaciones negativas apuntan hacia una posible tendencia en donde una mejor calidad de la dieta podría asociarse con menos presencia de síntomas, más, sin embargo, la correlación no fue suficientemente sólida como para confirmarlo.

Mientras que el IMC sí presentó una relación significativa y positiva con los síntomas, lo que muestra que el exceso de peso es un factor más relevante que la calidad dietética.

- A nivel sociodemográfico la mayoría de las participantes tiene entre 50 y 55 años, son casadas, amas de casa y el nivel educativo que prevalece es la primaria completa.
- El estado nutricional predominante en la población estudiada fue el sobrepeso y la obesidad, acompañado de una alta prevalencia de riesgo cardiovascular y metabólico muy elevado debido a la circunferencia abdominal.
- La calidad de la dieta se clasificó mayoritariamente como moderada en este grupo de mujeres, prevaleciendo el consumo de azúcares añadidos, grasas saturadas, frutas, vegetales y proteínas totales.
- Con respecto a los síntomas de reflujo gastroesofágico, la categoría que se presentó mayormente fue la de media presencia de síntomas, manifestada en el 76% de la

población. En esta categoría los síntomas más recuentes fueron las náuseas, regurgitación y pirosis.

- La relación entre la calidad de la dieta y los síntomas de reflujo gastroesofágico, según el coeficiente de Spearman fue muy débil negativa y sin significancia ($p=0.118$), lo que indica que mejores puntajes en la calidad dietética tendieron a asociarse a una menor presencia de síntomas, pero la prueba no resultó significativa, por ende, no se afirma una relación entre ambas variables.
- La relación entre el estado nutricional y la presencia de síntomas de reflujo mostró que la única asociación estadísticamente significativa fue entre el índice de masa corporal y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico ($p=0.008$), es decir, valores más altos de IMC tendieron a presentar puntajes más altos con respecto a los síntomas.

Mientras que la circunferencia abdominal no mostró asociación significativa con la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico ($p=0.104$), la relación fue positiva pero muy débil y sin significancia estadística, esto refleja que aún cuando la dirección del coeficiente apuntó hacia una mayor presencia de síntomas en quienes presentaban mayor circunferencia abdominal, la evidencia no fue suficiente para confirmarlo.

Recomendaciones

A continuación, se muestran las recomendaciones que se sugieren para orientar futuras investigaciones.

- Se propone indagar sobre otros factores que influyen en la calidad de la dieta, como por ejemplo el aspecto socioeconómico de la población.
- Reaplicar este mismo estudio en zonas urbanas del país, en otros grupos etarios y en una muestra más amplia, ya que los resultados pueden diferir.
- Realizar investigaciones con las mismas variables, pero ejecutando un seguimiento en el tiempo para observar si los cambios en el estado nutricional influyen en la mejora de los síntomas.
- Investigar sobre la relación entre los efectos de la perimenopausia y los estrógenos, con la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico.
- Incluir otras variables en el estudio como por ejemplo la calidad del sueño y la actividad física.

Referencias

- Aguilar, F. (2023). *Interpretación de la nutrición mediante técnicas de evaluación*. 43(4), 214.
- Ahmed, S., Jamil, S., Shaikh, H., & Abbasi, M. (2020). Effects of Life style factors on the symptoms of gastro esophageal reflux disease: A cross sectional study in a Pakistani population: Gastro esophageal reflux disease. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(2). <https://doi.org/10.12669/pjms.36.2.1371>
- Ahuja, A., Pelton, M., Raval, S., & Kesavarapu, K. (2023). Role of Nutrition in Gastroesophageal Reflux, Irritable Bowel Syndrome, Celiac Disease, and Inflammatory Bowel Disease. *Gastro Hep Advances*, 2(6), 860-872. <https://doi.org/10.1016/j.gastha.2023.06.010>
- Aldhaleei, W. A., Bhagavathula, A. S., Wallace, M. B., DeVault, K. R., & Faubion, S. S. (2023). The association between menopausal hormone therapy and gastroesophageal reflux disease: A systematic review and meta-analysis. *Menopause*, 30(8), 867-872. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002214>
- Alkhathami, A. M., Alzahrani, A. A., Alzhrani, M. A., Alsuwat, O. B., & Mahfouz, M. E. M. (2017). Risk Factors for Gastroesophageal Reflux Disease in Saudi Arabia. *Gastroenterology Research*, 10(5), 294-300. <https://doi.org/10.14740/gr906w>
- Álvarez-Castro, I., Mora-Mora, S., & Castro-Méndez, M. (2025). *Estado nutricional y estilos de vida de los participantes de laferiade saluddel Instituto Nacional de Aprendizajede Costa Rica, 2019*. <https://uhsalud.com>

- American College of Gastroenterology. (s. f.). ERGE. *American College of Gastroenterology*. Recuperado 27 de mayo de 2026, de <https://gi.org/patients/recursos-en-espanol/erge/>
- Ángel Gil, E. M. de V., Josune Olza,-. (2015). Indicadores de evaluación de la calidad de la dieta. *REVISTA ESPAÑOLA DE NUTRICION COMUNITARIA*, (2), 127-143. <https://doi.org/10.14642/RENC.2015.21.sup1.5060>
- Angueira, T., & Lucendo, A. J. (2015). Esofagitis por fármacos. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 107(5), 322-322.
- Arias Alfaro, R. M., Molina Villalobos, S., Vargas Elizondo, J. P., Vargas Vargas, L. M., & Yglesias González, S. G. (2019). *Situación nutricional de las familias de la comunidad de Barrio Pinto en el año 2018 y cambios en la situación nutricional de los escolares en relación con el año 2004*. <https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/handle/123456789/7391>
- Camilleri, M., Malhi, H., & Acosta, A. (2017). Gastrointestinal Complications of Obesity. *Gastroenterology*, 152(7), 1656-1670. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.12.052>
- Campos, G. (2024). *Un reto: La buena alimentación en personas mayores autónomas e institucionalizadas*. 64(1), 111-129.
- Cardoso, A. L., Figueiredo, A. G. A., Sales, L. G. D., Neta, A. M. S., & Barreto, D. C. (2018). Gastroesophageal reflux disease: Prevalence and quality of life of health science undergraduate students. *Acta Gastroenterol Latinoam*. <https://actagastro.org/gastroesophageal-reflux-disease-prevalence-and-quality-of-life-of-health-science-undergraduate-students/>
- Casadei, K., & Kiel, J. (2022). Anthropometric Measurement. En *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537315/>

- Contreras-Omaña, R., Sánchez-Reyes, O., & Ángeles-Granados, E. (2016). Comparación de los cuestionarios Carlsson-Dent y GERD-Q para detección de síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico en población general. *Revista de Gastroenterología de México*, 82(1), 19-25.
<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.05.005>
- Csendes, A., & Burdiles, P. (2007). *Bases científicas del tratamiento médico referente a dieta, hábitos y postura en pacientes con síndrome de reflujo gastroesofágico crónico*. ELSEVIER. [https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(07\)71265-4](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(07)71265-4)
- Desarrollo del Índice de Alimentación Saludable (IEH) | EGRP/DCCPS/NCI/NIH*. (2024). National Cancer Institute.
<https://epi.grants.cancer.gov/hei/developing.html#2015overview>
- Djäml, T., & Rv, A. W. (2012). Physical activity, obesity and gastroesophageal reflux disease in the general population. *World Journal of Gastroenterology*, 18(28), 3710-3714. <https://doi.org/10.3748/wjg.v18.i28.3710>
- Dowgiałło-Wnukiewicz, N., Frask, A., Lech, P., & Michalik, M. (2018). Study of the prevalence of gastroesophageal reflux symptoms and the role of each in relation to the GERD Impact Scale, based on a population of patients admitted for laparoscopic surgery compared to a control group. *Videosurgery and other Miniinvasive Techniques*, 13(2), 199-211. <https://doi.org/10.5114/wiitm.2018.75909>
- Dulbecco, M., Vargas, Y., & Guzmán, M. (2021, marzo 22). *Paciente con regurgitación: Cómo estudiarla y cuáles son sus principales diagnósticos diferenciales*.
<https://actagastro.org/paciente-con-regurgitacion-como-estudiarla-y-cuales-son-sus-principales-diagnosticos-diferenciales/>

Erdélyi, A., Pálfi, E., Túű, L., Nas, K., Szűcs, Z., Török, M., Jakab, A., & Várbíró, S.

(2023). The Importance of Nutrition in Menopause and Perimenopause—A Review.

Nutrients, 16(1), 27. <https://doi.org/10.3390/nu16010027>

Evans-Meza, D. R., Bonilla-Carrión, R., Salvatierra-Durán, D. R., & González-Picado, L.

(2024). *SALUD EN PERSPECTIVA No 35 UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA*

ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA. COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN.

Fakhre Yaseri, H. (2017). Gender is a risk factor in patients with gastroesophageal reflux

disease. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 31, 58.

<https://doi.org/10.14196/mjiri.31.58>

FAO. (2017). *Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura:*

Costa Rica mantiene tendencia a la disminución del hambre y la desnutrición | FAO

en Costa Rica | Food and Agriculture Organization of the United Nations.

<https://www.fao.org/costarica/noticias/detail-events/en/c/463756/>

FAO, FIDA, UNICEF, PMA, & OMS. (2022). *El estado de la seguridad alimentaria y la*

nutrición en el mundo 2022: Anexo 7-Glosario. <https://doi.org/10.4060/cc0639es>

Fernández, F., & González-Céspedes, L. (2023). Calidad de la dieta y estado nutricional de

un grupo de estudiantes de una Universidad Pública de Paraguay. *Revista de salud*

publica del Paraguay, 13(3), 36-43. <https://doi.org/10.18004/rspp.2023.dicie.06>

García Ruiz, A., Ibarzabal Olano, A., Petrola Chacón, C. G., & González López, Ó. (2023).

Aspectos fisiopatológicos de la obesidad que favorecen la aparición de enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Cirugía Española*, 101, S3-S7.

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2022.12.007>

García Ruiz de Gordejuela, A., Ibarzabal Olano, A., Petrola Chacón, C. G., & González

López, Ó. (2023a). Aspectos fisiopatológicos de la obesidad que favorecen la

aparición de enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Cirugía Española*, 101, S3-S7.

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2022.12.007>

García Ruiz de Gordejuela, A., Ibarzabal Olano, A., Petrola Chacón, C. G., & González

López, Ó. (2023b). Aspectos fisiopatológicos de la obesidad que favorecen la aparición de enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Cirugía Española*, 101, S3-S7.

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2022.12.007>

Gómez, G., Kovalskys, I., Leme, A. C. B., Quesada, D., Rigotti, A., Cortés Sanabria, L. Y.,

Yépez García, M. C., Liria-Domínguez, M. R., Herrera-Cuenca, M., Fisberg, R. M.,

Nogueira Previdelli, A., Guajardo, V., Ferrari, G., Fisberg, M., & Brenes, J. C.

(2021). Socioeconomic Status Impact on Diet Quality and Body Mass Index in Eight Latin American Countries: ELANS Study Results. *Nutrients*, 13(7), 2404.

<https://doi.org/10.3390/nu13072404>

Gómez Salas, G., Quesada Quesada, D., Monge Rojas, R., Gómez Salas, G., Quesada

Quesada, D., & Monge Rojas, R. (2020). Perfil antropométrico y prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población urbana de Costa Rica entre los 20 y 65 años agrupados por sexo: Resultados del Estudio Latino Americano de Nutrición y Salud.

Nutrición Hospitalaria, 37(3), 534-542. <https://doi.org/10.20960/nh.02899>

Gómez-Carreño, A. R., & Crespo, I. S. J. (2022). *RELACIÓN ENTRE OBESIDAD Y*

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE). PÉRDIDA DE PESO COMO FACTOR MÁS IMPORTANTE EN EL TRATAMIENTO DE DICHA ENFERMEDAD.

Goosenberg, E., & Vadakekut, E. S. (2025). Gastroesophageal Reflux Disease (GERD). En

StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554462/>

- Gulati, M., Levy, P. D., Mukherjee, D., Amsterdam, E., Bhatt, D. L., Birtcher, K. K., Blankstein, R., Boyd, J., Bullock-Palmer, R. P., Conejo, T., Diercks, D. B., Gentile, F., Greenwood, J. P., Hess, E. P., Hollenberg, S. M., Jaber, W. A., Jneid, H., Joglar, J. A., Morrow, D. A., ... Shaw, L. J. (2021). 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 144(22), e368-e454.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001029>
- Heidarzadeh-Esfahani, N., Soleimani, D., Hajiahmadi, S., Moradi, S., Heidarzadeh, N., & Nachvak, S. M. (2021). Dietary Intake in Relation to the Risk of Reflux Disease: A Systematic Review. *Preventive Nutrition and Food Science*, 26(4), 367-379.
<https://doi.org/10.3746/pnf.2021.26.4.367>
- Herdiana, Y. (2023). Functional Food in Relation to Gastroesophageal Reflux Disease (GERD). *Nutrients*, 15(16), 3583. <https://doi.org/10.3390/nu15163583>
- Hershcovici, T., & Fass, R. (2010). Nonerosive Reflux Disease (NERD)—An Update. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 16(1), 8-21.
<https://doi.org/10.5056/jnm.2010.16.1.8>
- Huerta-Iga, F., Bielsa-Fernández, M. V., Remes-Troche, J. M., Valdovinos-Díaz, M. A., & Tamayo-de la Cuesta, J. L. (2016). Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: Recomendaciones de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. *Revista de Gastroenterología de México*, 81(4), 208-222.
<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.04.003>

- Hurtado, M. D., Saadedine, M., Kapoor, E., Shufelt, C. L., & Faubion, S. S. (2024). Weight Gain in Midlife Women. *Current obesity reports*, 13(2), 352-363.
<https://doi.org/10.1007/s13679-024-00555-2>
- INEC. (2022). *Panorama demográfico 2022*. INEC.
https://admin.inec.cr/sites/default/files/2024-02/rePoblacEv-2022a-panorama_demografico2022_3.pdf
- INEC. (2023). *INEC PUBLICA DISTRIBUCIÓN A NIVEL DE DISTRITO DE LAS ESTIMACIONES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2022*. INEC.
<https://inec.cr/noticias/inec-publica-distribucion-nivel-distrito-las-estimaciones-poblacion-vivienda-2022>
- INEC. (2024). *INEC PRESENTA INFOGRAFÍA ESPECIAL SOBRE LA EDUCACIÓN EN COSTA RICA*. INEC. <https://inec.cr/noticias/inec-presenta-infografia-especial-sobre-la-educacion-costa-rica>
- INEC. (2025). *Estadísticas vitales 2024. Población, nacimientos, defunciones y matrimonios*.
- Jacobson, B. C., Somers, S. C., Fuchs, C. S., Kelly, C. P., & Camargo, C. A. (2006). Association Between Body Mass Index and Gastroesophageal Reflux Symptoms in Both Normal Weight and Overweight Women. *The New England journal of medicine*, 354(22), 2340-2348. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa054391>
- Kanauchi, M., & Kanauchi, K. (2018). The World Health Organization's Healthy Diet Indicator and its associated factors: A cross-sectional study in central Kinki, Japan. *Preventive Medicine Reports*, 12, 198-202.
<https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.09.011>

- Keller, C. L., Jones, N. T., Abadie, R. B., Barham, W., Behara, R., Patil, S., Paladini, A., Ahmadzadeh, S., Shekoohi, S., Varrassi, G., & Kaye, A. D. (2024). Non-steroidal Anti-inflammatory Drug (NSAID)-, Potassium Supplement-, Bisphosphonate-, and Doxycycline-Mediated Peptic Ulcer Effects: A Narrative Review. *Cureus*, *16*(1), e51894. <https://doi.org/10.7759/cureus.51894>
- Kesari, A., & Noel, J. Y. (2023). Nutritional Assessment. En *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK580496/>
- Kubo, A., Block, G., Quesenberry, C. P., Buffler, P., & Corley, D. A. (2014). Dietary guideline adherence for gastroesophageal reflux disease. *BMC Gastroenterology*, *14*(1), 144. <https://doi.org/10.1186/1471-230X-14-144>
- Liu, Y.-X., Yang, W.-T., & Li, Y. (2024). Different effects of 24 dietary intakes on gastroesophageal reflux disease: A mendelian randomization. *World Journal of Clinical Cases*, *12*(14), 2370-2381. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v12.i14.2370>
- Locks, L. M., Parekh, A., Newell, K., Dauphinais, M. R., Cintron, C., Maloomian, K., Yu, E. A., Finkelstein, J. L., Mehta, S., & Sinha, P. (2024). The ABCDs of Nutritional Assessment in Infectious Diseases Research. *The Journal of Infectious Diseases*, *231*(3), 562-572. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiae540>
- Luo, T., & Tseng, T.-S. (2024). Diet quality as assessed by the healthy eating index-2020 among different smoking status: An analysis of national health and nutrition examination survey (NHANES) data from 2005 to 2018. *BMC Public Health*, *24*(1), 1212. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18630-7>
- Marcén, B., Sostres, C., & Lanas, A. (2016). AINE y riesgo digestivo. *Atencion Primaria*, *48*(2), 73-76. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.04.008>

- Marlatt, K. L., Pitynski-Miller, D. R., Gavin, K. M., Moreau, K. L., Melanson, E. L., Santoro, N., & Kohrt, W. M. (2022). Body composition and cardiometabolic health across the menopause transition. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 30(1), 14-27. <https://doi.org/10.1002/oby.23289>
- Martínez-González, M. Á., & Hernández Hernández, A. (2024). Effect of the Mediterranean diet in cardiovascular prevention. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 77(7), 574-582. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2024.01.006>
- Mayo Clinic. (2022). *Ardor de estómago-Ardor de estómago—Síntomas y causas*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/heartburn/symptoms-causes/syc-20373223>
- Mayo Clinic. (2024). *Reflujo gastroesofágico: ¿pueden ciertos medicamentos empeorarlo?* Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/gerd/expert-answers/heartburn-gerd/faq-20058535>
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (2025). *Perfil de las mujeres en el mercado laboral costarricense: Una radiografía de su situación II Trimestre 2025*.
- Miranda, E. R. M., & Martínez, B. E. N. (2021). *Calidad de la dieta, estado nutricional y nivel de actividad física en estudiantes universitarios de la carrera de enfermería*.
- Mokhtari, Z., Abdollahzad, H., Rezaeian, S., Izadi, N., Darbandi, M., Najafi, F., & Pasdar, Y. (2024). International dietary quality index and its association with diabetes in RaNCD cohort study. *Scientific Reports*, 14, 25145. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-77165-4>
- Ndyalvan, N., Nanjoh, M. K., Faleni, M., Chitha, W. W., & Nomatshila, S. C. (2025). Prevalence of gastroesophageal reflux disease and its associated risk factors among

- the adult population of Mthatha, Eastern Cape, South Africa. *PLOS One*, 20(12), e0337059. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0337059>
- Ness-Jensen, E., Hveem, K., El-Serag, H., & Lagergren, J. (2016). Lifestyle intervention in gastroesophageal reflux disease. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, 14(2), 175-182.e3. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2015.04.176>
- NIH. (2017). *Cómo sus hábitos alimenticios afectan su salud*. Los Institutos Nacionales de Salud. <https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/como-sus-habitos-alimenticios-afectan-su-salud>
- OMS. (s. f.). *Body mass index (BMI)*. Recuperado 14 de mayo de 2026, de <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index>
- OMS. (2025). *WHO guidelines on waist circumference and physical activity and their joint association with cancer risk*. <https://www.iarc.who.int/news-events/who-guidelines-on-waist-circumference-and-physical-activity-and-their-joint-association-with-cancer-risk>
- OMS. (2026). *Alimentación saludable*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Özdemir, S., & Baltacı, F. (2025). Comparative determination of factors affecting attitude level towards healthy nutrition. *Scientific Reports*, 15, 5026. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-80128-4>
- Özenoğlu, A., Anul, N., & Özçelikçi, B. (2023). The relationship of gastroesophageal reflux with nutritional habits and mental disorders. *Human Nutrition & Metabolism*, 33, 200203. <https://doi.org/10.1016/j.hnm.2023.200203>

- Padayachee, N., Bangalee, V., & Schellack, N. (2022). Gastro-oesophageal reflux – an overview. *SA Pharmaceutical Journal*, 89(5), 23-29. https://doi.org/10.10520/ejc-mp_sapj_v89_n5_a6
- Paho/Ops. (2024, septiembre 13). *Perfil de País—Costa Rica*. Salud en las Américas. <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/costa-rica>
- Páramo Hernández, D. B., Albis, R., Galiano, M. T., Mendoza De Molano, B., Rincón, R., Pineda Ovalle, L. F., Rodríguez Varón, A., Otero Regino, W., Hani, A. C., Sabbagh, L. C., Sandoval-Salinas, C., & Sánchez-Pedraza, R. (2017). Prevalencia de síntomas del reflujo gastroesofágico y factores asociados: Una encuesta poblacional en las principales ciudades de Colombia. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 31(4), 337. <https://doi.org/10.22516/25007440.108>
- Porter, R., & Prakash, G. (s. f.). Náusea y Vómito. *American College of Gastroenterology*. Recuperado 27 de mayo de 2026, de <https://gi.org/patients/recursos-en-espanol/nausea-y-vomito/>
- Rodríguez, I. C. (2024). *INFORME aNUAL: iNCIDENCIA DE OBESIDAD EN COSTA RICA, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA*.
- Ruscin, M., & Linnebur, S. (2025). *Envejecimiento y medicamentos—Salud de las personas de edad avanzada*. Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-y-medicamentos/envejecimiento-y-medicamentos>
- Sadafi, S., Azizi, A., Pasdar, Y., Shakiba, E., & Darbandi, M. (2024). Risk factors for gastroesophageal reflux disease: A population-based study. *BMC Gastroenterology*, 24, 64. <https://doi.org/10.1186/s12876-024-03143-9>

Santa María, M., Jaramillo, M. A., Otero Regino, W., & Gómez Zuleta, M. A. (2013).

Validación del cuestionario de reflujo gastroesofágico «GERDQ» en una población colombiana. *Revista colombiana de Gastroenterología*, 28(3), 199-206.

Santos, I. R. dos, Mezomo, M., Santos, L. G. L., Alves, G. S. M., Moretto, G. R., Shibata, J.

G. G., & Agüero, P. M. A. F. (2022). Uso indiscriminado de antiinflamatorios no esteroidales y sus relaciones con enfermedades gastrointestinales. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 1789-1802.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3637

Segura Cano, S. (2021, agosto 31). Uso de medicamentos por parte de personas mayores durante 2018-2019 en Goicoechea, Costa Rica. *ILAPHAR | Revista de la OFIL*.

<https://www.ilaphar.org/en/uso-de-medicamentos-por-parte-de-personas-mayores-durante-2018-2019-en-goicoechea-costa-rica/>

Siboni, S., Bonavina, L., Rogers, B. D., Egan, C., Savarino, E., Gyawali, C. P., &

DeMeester, T. R. (2022). Effect of Increased Intra-abdominal Pressure on the Esophagogastric Junction. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 56(10), 821-830.

<https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000001756>

Singh, M., Lee, J., Gupta, N., Gaddam, S., Smith, B. K., Wani, S. B., Sullivan, D. K.,

Rastogi, A., Bansal, A., Donnelly, J. E., & Sharma, P. (2013). Weight loss can lead to resolution of gastroesophageal reflux disease symptoms: A prospective intervention trial. *Obesity*, 21(2), 284-290. <https://doi.org/10.1002/oby.20279>

Song, J. H., Chung, S. J., Lee, J. H., Kim, Y.-H., Chang, D. K., Son, H. J., Kim, J. J., Rhee,

J. C., & Rhee, P.-L. (2011). *Relationship Between Gastroesophageal Reflux Symptoms and Dietary Factors in Korea*. 17(1), 54-60.

<https://doi.org/10.5056/jnm.2011.17.1.54>

- Sugihartono, T., Hidayat, A. A., Lusida, M. A. P., Aftab, H., & Miftahussurur, M. (2023). Comparison of RDQ and GERDQ for Predicting Erosive Esophagitis in Patients with Typical GERD Symptoms. *The Korean Journal of Gastroenterology*, 82(2), 84-90. <https://doi.org/10.4166/kjg.2023.027>
- Torresan, F., Mandolesi, D., Ioannou, A., Nicoletti, S., Eusebi, L. H., & Bazzoli, F. (2016). A new mechanism of gastroesophageal reflux in hiatal hernia documented by high-resolution impedance manometry: A case report. *Annals of Gastroenterology : Quarterly Publication of the Hellenic Society of Gastroenterology*, 29(4), 548-550. <https://doi.org/10.20524/aog.2016.0055>
- Tosetti, C., Savarino, E., Benedetto, E., De Bastiani, R., Belvedere, A., Cottone, C., Gambaro, P., Mancuso, M., Pirrotta, E., Scoglio, R., Ubaldi, E., Zamparella, M., & the Study Group for the Evaluation of GERD Triggering Foods. (2021). Elimination of Dietary Triggers Is Successful in Treating Symptoms of Gastroesophageal Reflux Disease. *Digestive Diseases and Sciences*, 66(5), 1565-1571. <https://doi.org/10.1007/s10620-020-06414-z>
- Universidad de Costa Rica, E. A. (2023). *Encuesta Actualidades 2023*.
- Vaishnav, B., Bamanikar, A., Maske, P., Reddy, A., & Dasgupta, S. (2017). Gastroesophageal Reflux Disease and its Association with Body Mass Index: Clinical and Endoscopic Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, 11(4), OC01-OC04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/24151.9562>
- Velasco Estrada, A. S., Orozco González, C. N., & Zúñiga Torres, M. G. (2018). Asociación de calidad de dieta y obesidad. *Población y Salud en Mesoamérica*, 1(1). <https://doi.org/10.15517/psm.v1i1.32285>

- Villalobos, D. G., Vindas, C. C., Soto, N. F., Carrasquilla, L. Ú., Chinnock, A., Gómez, G., & Elans, G. (2019). Hábitos alimentarios de la población urbana costarricense. *Acta Médica Costarricense*, 61(4), 152-159. <https://doi.org/10.51481/amc.v61i4.1045>
- Wang, S. E., Hodge, A. M., Dashti, S. G., Dixon-Suen, S. C., Mitchell, H., Thomas, R. J., Williamson, E. M., Makalic, E., Boussioutas, A., Haydon, A. M., Giles, G. G., Milne, R. L., Kendall, B. J., & English, D. R. (2021). Diet and risk of gastro-oesophageal reflux disease in the Melbourne Collaborative Cohort Study. *Public Health Nutrition*, 24(15), 5034-5046. <https://doi.org/10.1017/S1368980021000197>
- Wylenzek, F., Bühling, K. J., & Laakmann, E. (2024). A systematic review on the impact of nutrition and possible supplementation on the deficiency of vitamin complexes, iron, omega-3-fatty acids, and lycopene in relation to increased morbidity in women after menopause. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 310(4), 2235-2245. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07555-6>
- Xu, X., Yu, L., Chen, Q., Lv, H., & Qiu, Z. (2015). Diagnosis and treatment of patients with nonacid gastroesophageal reflux-induced chronic cough. *Journal of Research in Medical Sciences : The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 20(9), 885-892. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.170625>
- Zambrano-Villacres, R., Arteaga-Pazmiño, C., Guevara Castillo, W. D., Herrera-Fontana, M. E., Domínguez Brito, L. D., Becerra Granados, L. M., Recoba-Obregón, P. E., Rodríguez-Veintimilla, D., Bressi, V., Andrade-Molina, D., Frias-Toral, E., & Duran-Aguero, S. (2026). The Seven Methods for the Evaluation of Nutritional Status—ABCDEFG: Narrative Review. *Applied Sciences*, 16(2), 845. <https://doi.org/10.3390/app16020845>

Zapata, M. E., Moratal, I. L., & López, L. B. (2020). Calidad de la dieta según el Índice de Alimentación Saludable: Análisis en la población adulta de la ciudad de Rosario, Argentina. *Diaeta*, 38(170), 08-15.

Zapata, M. E., Moratal Ibanez, L., & López, L. B. (2020). *DIAETA | Calidad de la dieta según el Índice de Alimentación Saludable. Análisis en la población adulta de la ciudad de Rosario, Argentina*. <https://www.aadynd.org.ar/diaeta/seccion.php?n=148>

Zavala-González, M. A., Azamar-Jacome, A. A., Meixueiro-Daza, A., de la Medina, A. R., Reyes-Huerta J, J., Roesch-Dietlen, F., & Remes-Troche, J. M. (2014). Validation and Diagnostic Usefulness of Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire in a Primary Care Level in Mexico. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 20(4), 475-482. <https://doi.org/10.5056/jnm14014>

Abreviaturas

RGE: Reflujo gastroesofágico

OMS: Organización mundial de la salud

ERGE: Enfermedad por reflujo gastroesofágico

EEl: Esfínter esofágico inferior

IMC: Índice de masa corporal

EE: Esfínter esofágico

HEI: Índice de alimentación saludable

GERD-Q: Gastroesophageal reflux disease questionnaire

Anexos

Anexo 2. Consentimiento Informado para Prueba Piloto y Recolección Final de Datos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: Relación de la calidad de la dieta, estado nutricional y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico, en mujeres de 50 a 70 años del distrito de Quebradilla.

Nombre del Investigador (a) Principal: Diana Melissa Hernández Alfaro

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es realizada por Diana Melissa Hernández Alfaro, estudiante de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, con el fin de optar por el grado académico de Licenciatura en Nutrición. El objetivo de la investigación es relacionar la calidad de la dieta con el estado nutricional y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico, en mujeres de 50 a 70 años del distrito de Quebradilla.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

Su participación implica responder un grupo de preguntas sobre datos sociodemográficos, estado nutricional, frecuencia de consumo de alimentos y presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico. Tardará aproximadamente 10 minutos en completar el cuestionario.

C. RIESGOS:

No existen riesgos asociados al participar en la presente investigación, sin embargo, el participante puede sentir incomodidad al responder algunas preguntas, por lo que se recalca que la información que se brinda es totalmente confidencial y será utilizada con fines académicos exclusivamente.

D. BENEFICIOS:

Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, será posible que los investigadores aprendan más sobre el tema en estudio y se genere evidencia local acerca del mismo.

E. Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de la publicación de los resultados o su divulgación en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de toda la información y datos de las personas participantes en el estudio.

F. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

G. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana al teléfono 2241-9090, Consejo de investigación de lunes a viernes en el horario de 8

am a 5 pm, o con el investigador (Diana Melissa Hernández Alfaro/investigación), al correo (diana.hernandez@uhispano.ac.cr/investigador) o al número (8500-7257/investigador).

- H. 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.
- I. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

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

Fecha

Diana Melissa Hernández Alfaro / 3-0533-0673

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

Fecha

Anexo 2. Instrumento Utilizado en la Prueba Piloto

Prueba piloto: Relación de la calidad de la dieta, estado nutricional y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico, en mujeres de 50 a 70 años del distrito de Quebradilla.

Mi nombre es Diana Hernández Alfaro y actualmente me encuentro desarrollando el Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición. Este estudio se realiza con el objetivo de relacionar la calidad de la dieta con el estado nutricional y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico, en mujeres de 50 a 70 años del distrito de Quebradilla. El mismo consta de cinco partes en donde se solicitan datos sociodemográficos, del estado nutricional, frecuencia de consumo de alimentos y presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico.

¡Muchas gracias por tu participación!

Parte I: Datos generales para determinar si cumple con los criterios para ser parte de esta investigación.

1. ¿Se encuentra usted diagnosticada con alguna enfermedad gastrointestinal como úlcera péptica, gastritis, hernia hiatal, colon irritable o enfermedad celiaca?

() Sí

☐ No

2. ¿Actualmente recibe tratamiento oncológico?

☐ Sí

☐ No

Parte II: Datos sociodemográficos

A continuación, se presentan una serie de preguntas acerca de su información sociodemográfica, realizadas con la intención de conocer las características de la población en estudio.

1. ¿En qué rango de edad se encuentra?

☐ 50-55 años

☐ 56-60 años

☐ 61- 65 años

☐ 66-70 años

2. ¿Cuál es su estado civil?

☐ Soltera

☐ Casada

☐ Unión libre

☐ Divorciada

☐ Viuda

3. ¿Cuál es su nivel educativo?

☐ Primaria completa

☐ Secundaria completa

☐ Secundaria incompleta

☐ Técnico

☐ Universidad completa

☐ Universidad incompleta

4. ¿Cuál es su ocupación actual?

☐ Ama de casa

☐ Trabajo formal

☐ Trabajo informal

☐ Trabajo propio

☐ Pensionada

Parte III: Estado nutricional

En este apartado el investigador le realizará la toma de las siguientes mediciones:

1. Peso: _____ kg
2. Talla: _____ cm
3. IMC: _____ kg/mts²
4. Interpretación IMC

☐ <18,5kg/mts² = bajo peso

☐ 18,5-24,9kg/mts² = normal

☐ 25-29,9kg/mts² = sobrepeso

☐ ≥30kg/mts² = obesidad

5. Circunferencia abdominal: _____ cm

6. Interpretación CA

☐ <80cm= normal

☐ 80-88cm= riesgo elevado

☐ >88= riesgo muy elevado

Parte IV: Frecuencia de consumo de alimentos

A continuación, se presenta una serie grupos de alimentos para evaluar la frecuencia en que los consume:

Grupos de alimentos	≥ 5 veces/ semana	3-4 veces/ semana	1-2 veces/ semana	Nunca o casi nunca
1. Granos integrales (pan integral, arroz o pasta integral, quinoa, avena, tortillas de maíz)				
2. Lácteos (leche, yogurt)				

3. Grasas insaturadas

(aguacate,
aceite de oliva,
almendras,
chía, linaza)

()

()

()

()

4. Granos refinados*

(arroz, pasta,
bollería,
repostería,
galletas)

()

()

()

()

5. Sodio*

(sopa
instantánea,
embutidos,
enlatados,
cubitos
sazonadores,
salsa china)

()

()

()

()

6. Azúcares añadidos*

(jugos de caja,
gaseosas,
bebidas
energéticas,
jalea, miel,
golosinas,
postres,
cereales para
desayuno, pan
dulce)

()

()

()

()

7. Grasas saturadas*

(manteca de
cerdo,
margarina,
mantequilla,
queso crema,
queso amarillo)

()

()

()

()

8. Total de frutas

(jugo o batido 100% natural, compota de frutas sin azúcar añadido, piña, fresa, banano)

()

()

()

()

9. Frutas enteras

(mango, papaya, mandarina, manzana, ciruela)

()

()

()

()

10. Total de verduras (vegetales)

(tomate, repollo, lechuga, zanahoria, zucchini, chayote)

()

()

()

()

11. Verduras y frijoles (leguminosas):

(frijoles, lentejas, garbanzos, arvejas)

()

()

()

()

12. Alimentos con proteínas totales

(res, cerdo, pollo, pescado, queso, huevos, frijoles, lentejas, garbanzos, nueces)

()

()

()

()

13. Proteínas de mariscos y plantas

(camarones, pescado, atún, sardina, frijoles, lentejas, garbanzos, nueces)	()	()	()	()
--	-----	-----	-----	-----

Parte V: Síntomas ERGE

A continuación, se le presentan una serie de síntomas, relacionado con la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Indique la frecuencia en la que los ha experimentado en los últimos 7 días:

Síntomas	0 días	1 día	2-3 días	4-7 días
1.Sensación de ardor detrás del esternón (pirosis)	()	()	()	()
2. Paso del contenido del estómago a la garganta o boca (regurgitación)	()	()	()	()
3. Dolor en el centro de la parte superior del abdomen	()	()	()	()
4.Náuseas	()	()	()	()
5.Dificultad para dormir bien por la noche por pirosis o regurgitación	()	()	()	()
6. Necesidad de antiácidos sin receta para la pirosis o regurgitación	()	()	()	()

Además, conteste:

1. ¿Conoce de algún (os) alimento (s) que le ocasione los síntomas de la ERGE?
☐ Sí
☐ No
2. En caso de haber respondido “Sí”, indique cuáles: _____.
3. Consume regularmente (≥ 3 veces/semana) alguno de los siguientes medicamentos:
 ¿Ibuprofeno, aspirina, progesterona, estrógenos, salbutamol, diazepam?
☐ Sí
☐ No
4. ¿Ha sentido que a raíz de estos medicamentos está presentando o han empeorado los síntomas de ERGE, como acidez, regurgitación, dolor u opresión en el pecho?
☐ Sí
☐ No

Agradecimiento:

¡Agradezco mucho su tiempo y colaboración!

Anexo 3. Resultados del Plan Piloto

A continuación, se muestran los resultados de la prueba piloto, aplicada en 10 mujeres de las comunidades de Tablón y Tobosi, del distrito de El Guarco, Cartago.

Tabla 28.

Distribución de datos sociodemográficos, participantes del plan piloto (n=10)

Datos sociodemográficos	n	%
Edad		
50-55 años	5	50
56-60 años	4	40
61- 65 años	1	10
66-70 años	0	0
Estado civil		
Soltera	0	0
Casada	7	70
Unión libre	1	10
Divorciada	2	20

Continúa.

Datos sociodemográficos	n	%
Viuda	0	0
Nivel educativo		
Primeria completa	5	50
Secundaria completa	0	0
Secundaria incompleta	3	30
Técnico	2	20
Universidad completa	0	0
Universidad incompleta	0	0
Ocupación actual		
Ama de casa	9	90
Trabajo formal	1	10
Trabajo informal	0	0
Trabajo propio	0	0
Pensionada	0	0

Fuente: elaboración propia, 2026

La tabla 23, refleja los resultados de los datos a nivel sociodemográfico de las mujeres partícipes de la prueba piloto, las cuales corresponden a un total de 10 personas. Según estos datos, la mitad de ellas (n=5) tienen entre 50 y 55 años, el 40% (n=4) tiene de 56-60 años y solo el 10% (n=1) se encuentra en el rango de edad de 61-65 años.

Con lo que respecta al estado civil, la mayoría de las participantes, el 70% (n=7) son casadas, el 20% (n=2) están divorciadas y el 10% (n=1) está en unión libre. En relación con el nivel educativo, el 50% (n=5) cuenta con primaria completa, posteriormente el 30% (n=3) tiene secundaria incompleta y el 20% (n=2) cuenta con un técnico. Y, por último, según la ocupación actual, la mayoría de las encuestadas, es decir, el 90% (n=9) son amas de casa y el 10% (n=1) restante cuenta con trabajo formal.

Tabla 29.

Distribución de participantes del plan piloto, según estado nutricional (n=10)

Interpretación	n	%
Índice de masa corporal		
Bajo peso	0	0
Normal	1	10
Sobrepeso	1	10
Obesidad	8	80
Circunferencia abdominal		
Normal	0	0
Riesgo elevado	0	0
Riesgo muy elevado	10	100

Fuente: elaboración propia, 2026

La tabla 24, indica el estado nutricional de las participantes de la prueba piloto, esta muestra que, de acuerdo con los resultados del IMC, la mayoría de las mujeres, es decir, el 80% (n=8) están en obesidad, luego un 10% (n=1) se encuentra en sobrepeso y el 10% (n=1) restante presenta un IMC normal. Según la circunferencia abdominal, la totalidad de la muestra (n=10) presenta un riesgo muy elevado a nivel cardiovascular y metabólico. Estos resultados reflejan que la mayoría no cuenta con un estado nutricional adecuado y pueden tener una alta probabilidad de presentar síntomas de la ERGE debido a la adiposidad central que poseen.

Tabla 30.

Calidad de la dieta de participantes del plan piloto, según Índice de Alimentación

Saludable (n=10)

Calidad de la dieta	n	%
Alta	0	0
Moderada	6	60
Baja	4	40

Fuente: elaboración propia, 2026

En la tabla 25, se puede observar la calidad de la dieta presente en esta población. Esta indica que el 60% (n=6) de las personas que fueron parte de la prueba piloto presentan una calidad de la dieta considerada como “moderada” y el otro 40% (n=4) una calidad de la dieta “baja”. Lo que demuestra la necesidad de realizar mejoras en la alimentación de estas personas, ya que ninguna participante alcanzó el nivel más alto de calidad de la dieta.

Estos resultados se obtienen realizando la sumatoria de los puntos que obtuvo cada participante en cada grupo de alimentos, de acuerdo con el puntaje dado a cada nivel de frecuencia de consumo.

Como lo indica el HEI (Índice de Alimentación Saludable), en el caso de los grupos de alimentos 01 al 07, tienen una puntuación máxima de 10 (si lo consume ≥ 5 veces/semana son 10pts, 3-4 veces/semana son 6,5pts, 1-2 veces/semana son 3,5pts y nunca o casi nunca son 0pts) y del grupo de alimentos 08 al 13 un puntaje máximo de 5 (≥ 5 veces/semana son 5pts, 3-4 veces/semana son 3pts, 1-2 veces/semana son 2pts y nunca o casi nunca son 0pts).

Y según ese puntaje total, si da como resultado entre 51-81pts el Índice de Alimentación Saludable lo considera una calidad de la dieta modera, si es ≥ 81 pts una calidad alta y ≤ 50 pts se interpreta como una calidad baja.

Tabla 31.

Probabilidad de los participantes del plan piloto de presentar ERGE, según GERD-Q

(n=10)

Probabilidad de ERGE	n	%
Baja	0	0
Media	9	90
Alta	1	10
Muy alta	0	0

Fuente: elaboración propia, 2026

La tabla 26, muestra la clasificación con lo que respecta a la probabilidad de presentar ERGE en las participantes de la prueba piloto, reflejando que el 90% (n=9) presenta una probabilidad media y el 10% (n=1) presenta una probabilidad alta. Estos resultados son brindados según los síntomas que indicaron presentar en el GERD-Q.

Los resultados anteriores se consiguen de la siguiente forma: se realiza la suma de los puntos que obtuvo cada participante en la respuesta de cada ítem. En los ítems de predictores positivos (pirosis, regurgitación, trastorno del sueño a causa de los síntomas y uso de antiácidos), cuando hay ausencia de síntomas son 0pts, 1 día de síntomas es 1 punto, 2-3 días son 2pts y 4-7 días reciben una puntuación de 3pts; y en los ítems de síntomas negativos de la enfermedad (dolor epigástrico y náuseas), ausencia de síntomas son 3pts, 1 día de síntomas son 2pts, 2-3 días son 1 punto y 4-7 días 0pts.

Al realizar la sumatoria total, según las respuestas de cada participante en cada ítem, si se obtiene como resultado final 0-2pts se interpreta según el GERD-Q una baja probabilidad de presentar ERGE, de 3-7pts probabilidad media, de 8-10pts probabilidad alta y 11-18pts probabilidad muy alta.

Tabla 32.

Distribución de participantes del plan piloto según conocimiento de alimentos que les generan síntomas de ERGE (n=10)

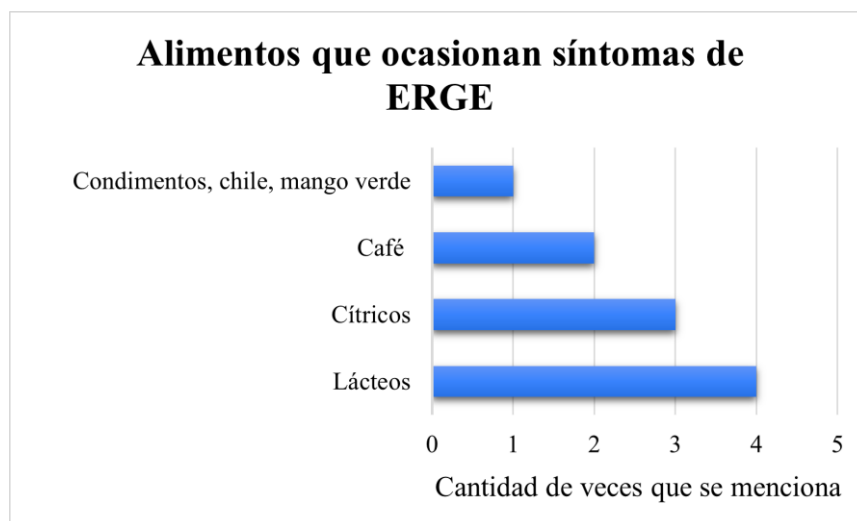
Conocimiento de alimentos que generan los síntomas	n	%
Sí	7	70
No	3	30

Fuente: elaboración propia, 2026

La tabla 27, refleja el conocimiento de las participantes con respecto a los alimentos que les ocasionan síntomas de ERGE; el 70% (n=7) respondió sí identificar los alimentos, mientras que el 30% (n=3), indicó no saberlo. El hecho que mayoría conozca de estos alimentos es positivo, ya que les permite tomar mejores decisiones en su alimentación para evitar la aparición de los síntomas.

Figura 3.

Alimentos que generan síntomas de ERGE, en los participantes del plan piloto (n=10)



Fuente: elaboración propia, 2026

La figura 3, indica la mayoría de los alimentos mencionados por las participantes que les generan los síntomas de ERGE, y como se puede notar, los alimentos más señalados de mayor a menor fueron los lácteos (4 veces), los cítricos (3 veces), el café (2 veces) y los condimentos, chile y mango verde (1 vez). Según estudios, estos alimentos, principalmente

los lácteos y cítricos, tienen la característica de presentar en las personas los síntomas de esta enfermedad.

Tabla 33.

Distribución de participantes del plan piloto, acerca del consumo de medicamentos y síntomas de ERGE (n=10)

Medicamentos	n	%
Consumo		
Sí	2	20
No	8	80
Presencia o aumento de síntomas por los fármacos		
Sí	0	0
No	10	100

Fuente: elaboración propia, 2026

En la tabla 28, se observa la distribución de las participantes con respecto al consumo de algunos fármacos y la presencia o incremento de los síntomas de ERGE. Se muestra que el 80% (n=8) no consume la lista de los fármacos mencionados, solo el 20% (n=2). Y en cuanto a los síntomas, la totalidad (n=10) indica que estos no se ven afectados por el uso de estos fármacos. Los resultados muestran la baja relación que hay entre los síntomas de ERGE y el consumo de algunos medicamentos; pudiéndose interpretar que los síntomas presentes son más asociados a la alimentación o al estado nutricional.

Anexo 4. Instrumento Utilizado para la Recolección de Datos

Tema de investigación: Relación de la calidad de la dieta, estado nutricional y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico, en mujeres de 50 a 70 años del distrito de Quebradilla.

Mi nombre es Diana Hernández Alfaro y actualmente me encuentro desarrollando el Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición. Este estudio se realiza con el objetivo de relacionar la calidad de la dieta con el estado nutricional y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico, en mujeres de 50 a 70 años del distrito de Quebradilla. El mismo consta de cinco partes en donde se solicitan

datos sociodemográficos, del estado nutricional, frecuencia de consumo de alimentos y presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico.

¡Muchas gracias por tu participación!

Parte I: Datos generales para determinar si cumple con los criterios para ser parte de esta investigación.

1. ¿Firmó previamente el consentimiento informado que hace constar que sí desea participar en esta investigación?

☐ Sí

☐ No

2. ¿Se encuentra usted diagnosticada con alguna enfermedad gastrointestinal como úlcera péptica, gastritis, hernia hiatal, colon irritable o enfermedad celiaca?

☐ Sí

☐ No

3. ¿Actualmente recibe tratamiento oncológico?

☐ Sí

☐ No

Parte II: Datos sociodemográficos

A continuación, se presentan una serie de preguntas acerca de su información sociodemográfica, realizadas con la intención de conocer las características de la población en estudio.

1. ¿En qué rango de edad se encuentra?

☐ 50-55 años

☐ 56-60 años

☐ 61- 65 años

☐ 66-70 años

2. ¿Cuál es su estado civil?

☐ Soltera

☐ Casada

☐ Unión libre

☐ Divorciada

☐ Viuda

3. ¿Cuál es su nivel educativo?

☐ Primaria completa

☐ Secundaria completa

☐ Secundaria incompleta

☐ Técnico

☐ Universidad completa

☐ Universidad incompleta

4. ¿Cuál es su ocupación actual?

☐ Ama de casa

☐ Trabajo formal

☐ Trabajo informal

☐ Trabajo propio

☐ Pensionada

Parte III: Frecuencia de consumo de alimentos

1. A continuación, se presenta una serie grupos de alimentos para evaluar la frecuencia en que los consume:

Grupos de alimentos	≥ 5 veces/ semana	3-4 veces/ semana	1-2 veces/ semana	Nunca o casi nunca
1. Granos integrales (pan integral, arroz o pasta integral, quinoa, avena, tortillas de maíz)	()	()	()	()
2. Lácteos (leche, yogurt)	()	()	()	()
3. Grasas insaturadas (aguacate, aceite de oliva,				

almendras, chía, linaza)	()	()	()	()
-----------------------------	-----	-----	-----	-----

**4. Granos
refinados***

(arroz, pasta, bollería, repostería, galletas)	()	()	()	()
---	-----	-----	-----	-----

5. Sodio*

(sopa instantánea, embutidos, enlatados, cubitos sazonadores, salsa china)	()	()	()	()
--	-----	-----	-----	-----

**6. Azúcares
añadidos***

(jugos de caja, gaseosas, bebidas energéticas, jalea, miel, golosinas, postres, cereales para desayuno, pan dulce)	()	()	()	()
---	-----	-----	-----	-----

**7. Grasas
saturadas***

(manteca de cerdo, margarina, mantequilla, queso crema, queso amarillo)	()	()	()	()
--	-----	-----	-----	-----

**8. Total de
frutas**

(jugo o batido
100% natural,
compota de

frutas sin azúcar añadido, piña, fresa, banano)	()	()	()	()
--	-----	-----	-----	-----

9. Frutas

enteras

(mango,

papaya,

mandarina,

manzana,

ciruela)

()

()

()

()

**10. Total de
verduras**

(vegetales)

(tomate,

repollo,

lechuga,

zanahoria,

zucchini,

chayote)

()

()

()

()

**11. Verduras y
frijoles**

(leguminosas):

(frijoles,

lentejas,

garbanzos,

arvejas)

()

()

()

()

**12. Alimentos
con proteínas
totales**

(res, cerdo,

pollo, pescado,

queso, huevos,

frijoles,

lentejas,

garbanzos,

nueces)

()

()

()

()

**13. Proteínas
de mariscos y
plantas**

(camarones,

pescado, atún,

sardina,

frijoles,

lentejas,

()

()

()

()

garbanzos,
nueces)

Parte IV: Síntomas ERGE

1. A continuación, se le presentan una serie de síntomas, relacionado con la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Indique la frecuencia en la que los ha experimentado en los últimos 7 días:

Síntomas	0 días	1 día	2-3 días	4-8 días
Sensación de ardor detrás del esternón (pirosis)	()	()	()	()
Paso del contenido del estómago a la garganta o boca (regurgitación)	()	()	()	()
Dolor en el centro de la parte superior del abdomen	()	()	()	()
Náuseas	()	()	()	()
Dificultad para dormir bien por la noche por pirosis o regurgitación	()	()	()	()
Necesidad de antiácidos sin receta para la pirosis o regurgitación	()	()	()	()

2. ¿Conoce de algún (os) alimento (s) que le ocasione los síntomas de la ERGE?

() Sí

☐ No

☐ No aplica

3. En caso de haber respondido “Sí”, indique cuáles: _____.

4. Consume regularmente (≥ 3 veces/semana) algún medicamento?

☐ Sí

☐ No

5. En caso de haber respondido “Sí”, indique cuáles: _____.

6. ¿Ha sentido que a raíz de estos medicamentos está presentando o han empeorado los síntomas de ERGE, como acidez, regurgitación, dolor u opresión en el pecho?

☐ Sí

☐ No

☐ No aplica

Parte V: Estado nutricional

En este apartado el investigador le realizará la toma de las siguientes mediciones:

1. Peso: _____ kg

2. Talla: _____ cm

3. IMC: _____ kg/mts²

4. Interpretación IMC

☐ $<18,5\text{kg/mts}^2$ = bajo peso

☐ $18,5\text{-}24,9\text{kg/mts}^2$ = normal

☐ $25\text{-}29,9\text{kg/mts}^2$ = sobrepeso

☐ $\geq 30\text{kg/mts}^2$ = obesidad

5. Circunferencia abdominal: _____ cm

6. Interpretación CA

☐ $<80\text{cm}$ = normal

☐ $80\text{-}88\text{cm}$ = riesgo elevado

☐ >88 = riesgo muy elevado

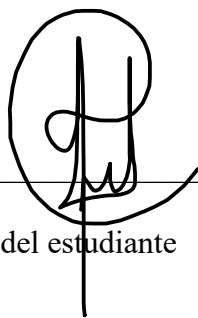
Agradecimiento:

¡Agradezco mucho su tiempo y colaboración!

Declaración Jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo Diana Hernández Alfaro, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 3-0533-0673 egresado de la carrera de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en Nutrición, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: “RELACIÓN DE LA CALIDAD DE LA DIETA, ESTADO NUTRICIONAL Y LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO, EN MUJERES DE 50 A 70 AÑOS DEL DISTRITO DE QUEBRADILLA”, 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 cinco días del mes de junio del año dos mil veintiséis.



Firma del estudiante

Cédula: 3-0533-0673

Carta de Aprobación del Tutor

Carta de Tutor

San José, 5 de junio de 2026

Servicios estudiantiles
Carrera de Nutrición
Universidad Hispanoamericana

La estudiante Diana Hernández Alfaro me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **“Relación de la calidad de la dieta, estado nutricional y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico, en mujeres de 50 a 70 años del distrito de Quebradilla”**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Nutrición.

En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por la postulante, se obtiene la siguiente calificación.

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

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

Atentamente,



Paola Ortiz Acosta

Cedula de identidad: 801070272

Carné Colegio Profesional: 661-10

Carta de Aprobación del Lector

CARTA DE LECTOR

San José, 15 junio 2026

**Universidad Hispanoamericana
Sede Aranjuez
Carrera de Nutricion**

Estimado señor

La estudiante **DIANA MELISSA HERNÁNDEZ ALFARO**, cédula de identidad 3-0533-0673, me ha presentado para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "**Relación de la calidad de la dieta, estado nutricional y la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico, en mujeres de 50 a 70 años del distrito de Quebradilla**", el cual ha elaborado para obtener su grado de Licenciatura.

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

Por consiguiente, este trabajo cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atte.

JOSE PABLO VALVERDE
DÍAZ (FIRMA)

Firmado digitalmente por JOSE
PABLO VALVERDE DIAZ (FIRMA)
Fecha: 2026.06.15 11:04:42
-06'00'

Dr. Jose Pablo Valverde Diaz
111690276
476-10

Carta de Autorización del CENIT

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, 15 de junio de 2026

Señores:

Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

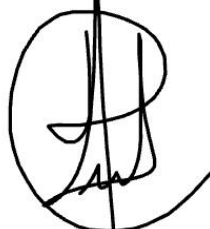
Estimados Señores:

El suscrito (a) Diana Hernández Alfaro con número de identificación 3-0533-0673 autor (a) del trabajo de graduación titulado **“RELACIÓN DE LA CALIDAD DE LA DIETA, ESTADO NUTRICIONAL Y LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO, EN MUJERES DE 50 A 70 AÑOS DEL DISTRITO DE QUEBRADILLA”**, presentado y aprobado en el año 2026 como requisito para optar por el título de Licenciatura en Nutrición; sí autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

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

Cordialmente,

Diana Hernández Alfaro
3-0533-0673

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'D' followed by a vertical line and some smaller, less distinct strokes.

Firma y Documento de Identidad