

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

**CARRERA DE NUTRICIÓN**

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

**COMPARACIÓN DE HÁBITOS DE  
CONSUMO ALIMENTARIO, TIEMPO DE  
EXPOSICIÓN AL PLAN ALIMENTICIO Y  
PERCEPCIÓN DE LOS RESULTADOS EN  
MUJERES DE 18 A 50 AÑOS QUE SE  
SOMETIERON A ALGÚN MÉTODO DIETO  
TERAPÉUTICO PARA PÉRDIDA DE PESO  
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN HEREDIA**

**ADRIANA JIMÉNEZ GARRO**

2022

## TABLA DE CONTENIDO

<b>TABLA DE CONTENIDO</b> .....	2
<b>INDICE DE TABLAS</b> .....	5
<b>INDICE DE FIGURAS</b> .....	6
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	7
<b>RESUMEN</b> .....	8
<b>ABSTRACT</b> .....	10
.....	12
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	12
<b>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION</b> .....	13
<b>1.1.1 Antecedentes del problema</b> .....	13
<b>1.1.2 Delimitación del problema</b> .....	17
<b>1.1.3 Justificación</b> .....	17
<b>1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	19
<b>1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	19
<b>1.3.1 Objetivo general:</b> .....	19
<b>1.3.2 Objetivos Específicos:</b> .....	19
<b>1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES</b> .....	20
<b>1.4.1 Alcances de la investigación</b> .....	20
<b>1.4.2 Limitaciones de la investigación</b> .....	20
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	21
<b>2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL</b> .....	22
<b>2.1.1 Hábitos de consumo alimentario</b> .....	22
<b>2.1.2 Tiempo de exposición al plan alimenticio</b> .....	23
<b>2.1.3 Percepción de resultados</b> .....	24
<b>2.1.4 Métodos para pérdida de peso</b> .....	25
<b>2.1.4.1 Dieta cetogenica</b> .....	26
<b>2.1.4.2 Dieta mediterránea</b> .....	27
<b>2.1.4.3 Ayuno intermitente</b> .....	28
<b>2.1.4.4 Suplementos</b> .....	29
<b>2.1.4.5 Dieta que incluye todos los grupos de alimentos con control de porciones</b> .....	30
<b>2.1.4.6 Dietas bajas en calorías</b> .....	30

2.1.4.7 Dietas muy bajas en calorías .....	31
2.1.4.8 Dietas altas en proteínas .....	31
2.1.4.9 Dietas bajas en grasa.....	32
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>34</b>
<b>3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>34</b>
<b>3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....</b>	<b>34</b>
3.3.1 Población.....	35
3.3.2 Muestra .....	35
3.3.3 Criterios de inclusión y de exclusión.....	36
<b>3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....</b>	<b>36</b>
3.4.1 Instrumento.....	36
3.4.2 Validez del cuestionario .....	37
3.4.3 Confiabilidad del Cuestionario .....	37
<b>3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>37</b>
<b>3.6 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....</b>	<b>38</b>
<b>3.7 PLAN PILOTO .....</b>	<b>40</b>
<b>3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>40</b>
<b>3.9 ORGANIZACIÓN DE DATOS .....</b>	<b>40</b>
<b>3.10 ANÁLISIS DE DATOS.....</b>	<b>41</b>
.....	42
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
<b>4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....</b>	<b>43</b>
<b>4.2 ANALISIS BIVARIADO .....</b>	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....</b>	<b>62</b>
<b>5.1 DISCUSIÓN, COMPARACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>63</b>
5.1.1 Características sociodemográficas.....	63
5.1.2 Hábitos de consumo alimentario.....	63
5.1.3 Tiempo de exposición a un método para pérdida de peso .....	65
5.1.4 Percepción de los resultados al método de pérdida de peso .....	66
5.1.5 Método utilizado para la pérdida de peso .....	69
5.1.5.1 Ayuno intermitente .....	71
5.1.5.2 Dieta cetogenica.....	73

<b>5.1.5.3 Todos los grupos de alimentos con control de porciones</b> .....	75
<b>5.1.5.4 Suplementos y fármacos</b> .....	77
<b>5.2 RELACIÓN BIVARIADA DE LOS RESULTADOS</b> .....	78
<b>5.2.1 Hábitos de consumo y tiempo de exposición</b> .....	78
<b>5.2.2 Hábitos de consumo y percepción de resultados</b> .....	81
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	92
<b>CONCLUSIONES</b> .....	93
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	95
<b>REFERENCIAS</b> .....	96
<b>GLOSARIO Y ABREVIATURAS</b> .....	107
<b>ANEXOS</b> .....	108

## INDICE DE TABLAS

Tabla N 1.. Criterios de inclusión y exclusión para la elección de la muestra .....	36
Tabla N 2. Operacionalización de las variables .....	38
Tabla N 3. Datos sociodemográficos .....	44
Tabla N 4. Persona que prepara los alimentos diariamente .....	45
Tabla N 5. Tiempos de comida que realiza la población en estudio n=96.....	46
Tabla N 6. Tipo de azúcar que utiliza la población en estudio n=96. ....	46
Tabla N 7. Alimentos que incluyen en su plan de alimentación la población en estudio n=96. ....	47
Tabla N 8. Método de cocción más utilizado en el plan de alimentación la población en estudio n=96. .....	48
Tabla N 9. Por cuanto tiempo siguió el plan de alimentación la población en estudio n=96.....	49
Tabla N 10. Nivel de satisfacción a largo plazo.....	51
Tabla N 11. Tratamiento para pérdida de peso más utilizado .....	51
Tabla N 12. Razones por las que no pudieron completar el tratamiento para pérdida de peso.....	53
Tabla N 13. Resultados de la prueba exacta de Fisher para la comparación de los hábitos de consumo alimentario con el tiempo de exposición de la población en el uso de distintos métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso.....	55
Tabla N 14. Comparación del hábito de consumo y tiempo de exposición. ....	56
Tabla N 15. Comparación del hábito de consumo y tiempo de exposición. ....	56
Tabla N 16. Resultados de la prueba exacta de Fisher para la comparación de los hábitos de consumo alimentario con la percepción de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso .....	57
Tabla N 17. Percepción a corto plazo de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso, según consumo de leguminosas .....	58
Tabla N 18. Percepción a corto plazo de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso, según consumo de proteínas.....	59
Tabla N 19. Percepción a corto plazo de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso, según método de cocción para cereales.....	59
Tabla N 20. Percepción a corto plazo de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso, según método de cocción para vegetales no harinosos .....	60
Tabla N 21. Percepción a corto plazo de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso, según método de dieto terapéutico utilizado .....	60
Tabla N 22. Percepción a largo plazo de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso, según uso de azúcares en bebidas .....	61
Tabla N 23. Percepción a largo plazo de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso, según uso consumo de leguminosas.....	61
Tabla N 24. Percepción a largo plazo de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso, según uso consumo de leguminosas.....	62

## INDICE DE FIGURAS

Figura N 1. Deduciones para todos los resultados a los seis meses en comparación con una dieta habitual, organizados según grado de certeza de la evidencia. 2021 .....	26
Figura N 2. Nivel de satisfacción a corto plazo de las mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia. Fuente: elaboración propia, 2022. ....	50
Figura N 3. Estrategias utilizadas por las mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia. Fuente: elaboración propia, 2022. ....	52
Figura N 4. Tratamiento que consideran más efectivo las mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia. Fuente: elaboración propia, 2022. ....	54

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco primeramente a Dios por su infinito amor y misericordia, porque sin El este sueño de terminar mi carrera no sería posible. También agradezco a mi mama por su apoyo incondicional durante todo mi proceso de formarme en una profesional, a mi esposo por apoyarme y a mis pastores que me mantuvieron en sus oraciones siempre.

## RESUMEN

**Introducción:** En los últimos años, la apariencia física ha adquirido fundamental importancia por su asociación con trastornos alimentarios y por la relevancia que tiene entre las mujeres adolescentes, jóvenes y adultas, algunos autores han concluido que los estilos de vida saludables, como una buena alimentación y la actividad física repercuten favorablemente en el estado de bienestar general. **Objetivo general:** Comparar los hábitos de consumo alimentario, tiempo de exposición al plan alimenticio y percepción de los resultados en mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso los últimos 12 meses en Heredia. **Metodología:** Se utiliza el método descriptivo para analizar y comparar la relación entre dos o más variables. Se aplica una encuesta por medios digitales a 96 mujeres residentes de Heredia con un rango de edad entre los 18 y 50 años. Para el análisis estadístico se utiliza la prueba exacta de Fisher. **Resultados y discusión:** Un 72% de las encuestadas indican que ellas mismas preparan sus alimentos, el 67% realizan desayuno, merienda de la mañana y almuerzo, lo que indica que los tiempos de comida de la tarde-noche los omiten, el 34% indican utilizar azúcar blanca, el 26% utilizan sustituto de azúcar y otro 26% no utilizar azúcar lo que está relacionado con el tiempo de exposición al plan de alimentación, el 81% indican incluir en su alimentación diaria cereales y leguminosas, el 98% incluyen proteínas y el 94% consumen frutas y vegetales, según el método de cocción más utilizado es al vapor y hervido. El tiempo de exposición a los distintos métodos para pérdida de peso varía entre 3 meses y 1 año, un 38% realizaron la dieta los primeros 3 meses, mientras que un 22% aun lo están realizando, este lapso de tiempo está condicionado por la velocidad de pérdida de peso. De acuerdo con la percepción de los resultados un 50% indican estar satisfechas con los resultados los primeros 3 meses, mientras que un 46% indican estar satisfechas en el segundo

semestre. Según los métodos para pérdida de peso más utilizados están la dieta cetogenica con un 14% y el ayuno intermitente con un 19%, métodos que se caracterizan cada uno por brindar una pérdida de peso significativa desde el inicio, se utilizó en un 67% el método para pérdida de peso que incluye todos los grupos de alimentos con la particularidad de que muchas lo hacen según su propio criterio y no bajo supervisión de un profesional. El 8% de las participantes, indicaron utilizar suplementos alimenticios y fármacos para pérdida de peso. **Conclusiones:** Al comparar los hábitos de consumo alimentario, el tiempo de exposición y la percepción de los resultados en las mujeres que se sometieron a algún método para pérdida de peso factores como, la velocidad de pérdida de peso, la auto percepción de las mujeres previo al tratamiento y la motivación tanto externa como interna son determinantes para alcanzar una pérdida de peso exitosa.

**Palabras clave:** hábito de consumo, percepción, método dieto terapéutico, mujeres.

## ABSTRACT

**Introduction:** In recent years, physical appearance has acquired fundamental importance due to its association with eating disorders and its relevance among adolescent, young and adult women. Some authors have concluded that healthy lifestyles, such as a good diet and physical activity have a favorable effect on the state of general well-being. **General objective:** To compare the eating habits, time of exposure to the food plan and perception of the results in women aged 18 to 50 who underwent some therapeutic diet method for weight loss in the last 12 months in Heredia. **Methodology:** The descriptive method is used to analyze and compare the relationship between two or more variables. A survey is applied by digital means to 96 female residents of Heredia with an age range between 18 and 50 years. For statistical analysis, Fisher's exact test was used. **Results and discussion:** 72% of the respondents indicate that they prepare their food themselves, 67% make breakfast, morning snack and lunch, which indicates that they omit the afternoon-night meal times, 34% indicate using white sugar, 26% use a sugar substitute and another 26% do not use sugar, which is related to the time of exposure to the meal plan, 81% indicate including cereals and legumes in their daily diet, 98% include proteins and 94% consume fruits and vegetables, according to the most used cooking method is steaming and boiling. The time of exposure to the different methods for weight loss varies between 3 months and 1 year, 38% followed the diet the first 3 months, while 22% are still doing it, this period of time is conditioned by the speed of weight loss. According to the perception of the results, 50% indicate being satisfied with the results in the first 3 months, while 46% indicate being satisfied in the second semester. According to the most used methods for weight loss are the ketogenic diet with 14% and intermittent fasting with 19%, methods that are each characterized by providing significant weight loss from the beginning, 67% used the method

for weight loss that includes all food groups with the particularity that many do it according to their own criteria and not under the supervision of a professional. 8% of the participants indicated the use of food supplements and drugs for weight loss. **Conclusions:** When comparing the habits of food consumption, the exposure time and the perception of the results in women who underwent some method for weight loss, factors such as the speed of weight loss, the self-perception of women prior to treatment and both external and internal motivation are determining factors in achieving successful weight loss.

**Keywords:** consumption habit, perception, therapeutic diet method, women.

# **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

En el siguiente capítulo, se presentan el planteamiento del problema y la formulación: objetivo general y objetivos específicos para la investigación, así como los alcances y limitaciones

### **1.1.1 Antecedentes del problema**

La mal nutrición es un tema de preocupación a nivel mundial, que se ha venido dando a través de los años tanto en países desarrollados como en países con dificultades de desarrollo y accesibilidad a los alimentos, y que a pesar de los esfuerzos realizado por las autoridades encargadas aún no se ha podido controlar.

Se conoce que la estructura exacta de una alimentación variada, equilibrada y saludable estará determinada por las características de cada persona (edad, sexo, hábitos de vida y grado de actividad física), el contexto cultural, los alimentos disponibles en el lugar y los hábitos alimentarios de cada país. No obstante, los principios básicos de la alimentación saludable siguen siendo los mismos. (*Alimentación sana*, n.d.)

En países como Estados Unidos, donde las tasas de obesidad y mal nutrición se han duplicado en adultos y niños desde la década de 1970, la obesidad es uno de los principales problemas de salud pública. Casi el 69% de los adultos estadounidenses y el 32% de niños y adolescentes tienen sobrepeso o son obesos. De la misma manera en Reino Unido, el 67% de los hombres y el 57% de las mujeres tienen sobrepeso o son obesos, se posiciona después de Islandia, donde el 74% de los hombres y el 61% de las mujeres tienen sobrepeso o son obesos y Malta, donde las cifras son del 74% y el 58%, respectivamente. (Ceballos-Macías et al., 2018)

Un nuevo informe de Naciones Unidas muestra la desigualdad territorial de la malnutrición en los países de América Latina y el Caribe, esto por el limitado acceso a alimentos nutritivos los expone al consumo de alimentos altamente calóricos y poco nutritivos. (*Nuevo informe de Naciones Unidas desnuda la desigualdad en la distribución geográfica de la malnutrición en América Latina y el Caribe*, n.d.)

“Los promedios nacionales esconden las desigualdades territoriales. En cada país tenemos lugares que han alcanzado muy buenos estándares, y otros donde las condiciones son muy graves. Es fundamental que los países enfoquen sus esfuerzos y canalicen recursos a los territorios rezagados, con soluciones a medida de cada uno de ellos”, dijo Julio Berdegú, Representante Regional de la FAO. (*Nuevo informe de Naciones Unidas desnuda la desigualdad en la distribución geográfica de la malnutrición en América Latina y el Caribe*, n.d.)

La obesidad es un tema de suma importancia, ya que es en sí misma una enfermedad crónica y a la vez un reconocido factor de riesgo de muchas otras. El estudio y abordaje de la obesidad no pueden desligarse de los de otras enfermedades por diversas razones: primero porque comparten algunos factores causales y subyacentes comunes, como la alimentación inapropiada y el sedentarismo; segundo porque al identificar a los sujetos obesos se está identificando a una alta proporción de los sujetos en riesgo de padecer otras enfermedades; tercero porque al prevenir la obesidad mediante la promoción de estilos de vida saludables, se previenen la mayoría de las enfermedades; y, por último, porque al tratar al obeso se disminuye el riesgo de que sufra complicaciones y también se reduce el efecto mediador que tiene la obesidad en relación con otros factores de riesgo. (Delfino et al., 2020)

Dado a esta problemática de malnutrición a nivel mundial, los individuos han optado por someterse a diferentes tipos de dietas que se han conocido a lo largo de la historia y que eventualmente han arrojado resultados positivos en la búsqueda de pérdida de peso.

Debido a esto hay investigaciones con respecto a los hábitos de consumo de las personas y que impacto han tenido. Los resultados de las investigaciones sobre las tendencias de la calidad de la dieta arrojan información y orientaciones esenciales para las políticas públicas. Con el fin de observar la evolución de las tendencias de la calidad de la dieta en Estados Unidos y en determinados subgrupos socioeconómicos, se ha tomado una muestra representativa de la población a nivel nacional de 29.124 adultos, entre 20 y 85 años, a partir de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 1999–2010. (Springmann et al., 2018)

Una dieta mal aplicada o muy restrictiva de la mano con la inactividad física son importantes factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, la ausencia de un control con especialistas de la nutrición agudiza la mala alimentación y la adopción de dietas mal equilibradas. Parte de las recomendaciones que brinda la OMS es que en una alimentación adecuada se deben de incluir todos los grupos de alimentos en las porciones adecuadas, limitar el consumo de sal y de grasas saturadas. Los Estados Miembros de la OMS han acordado reducir el consumo de sal entre la población mundial en un 30% para 2025; también acordaron detener el aumento de la diabetes y la obesidad en adultos y adolescentes, así como en sobrepeso infantil de aquí a 2025. (Francis et al., 2019)

En Costa Rica el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios. Actualmente, las personas consumen más alimentos hipercalóricos, grasas, azúcares libres y

sal/sodio; por otra parte, muchas personas no comen suficientes frutas, verduras y fibra dietética, como por ejemplo cereales integrales. (Guevara-Villalobos et al., 2019)

La última encuesta de nutrición realizada en Costa Rica señala que en el grupo de mujeres de 20 a 44 años de edad la prevalencia de obesidad fue del 45,9%, un 11,3% más que en 1982; y en el grupo de 45 a 59 años, la prevalencia fue del 75%. (Chinchilla Barrantes et al., 2018)

La pandemia ocasionada por el virus de COVID -19 a inicios del año 2019 es un tema de mucha importancia a nivel nutricional y que se debe de mencionar como factor determinante en la alimentación de los costarricenses y a nivel mundial. El último informe alerta sobre el aumento del sobrepeso y la obesidad, que ha ocurrido en todos los grupos de edad: en 2016, 315 millones de personas (casi la mitad de la población de la región) sufría sobrepeso y obesidad, en comparación con 239 millones en 2006. Esto es particularmente grave debido a la evidencia que muestra que la obesidad está asociada al riesgo de sufrir peores efectos en caso de una infección por COVID19. (Rodríguez-Pérez et al., 2020)

De acuerdo con los expertos, en tiempos de pandemia la gente debería haber tenido más tiempo para cocinar y para organizar sus comidas. Pero también, la gente tenía más tiempo para ver la televisión y realizar mucho menos actividad física. Ver la televisión se ha asociado con la frecuencia de los refrigerios, especialmente los refrigerios densos en energía, comidas rápidas y consumo de bebidas gaseosas. (Di Renzo et al., 2020)

### **1.1.2 Delimitación del problema**

Para este estudio se va a trabajar con 96 mujeres costarricenses de 18 a 50 años que se hayan sometido algún tratamiento dieto terapéutico para la pérdida de peso en los últimos 12 meses, residentes de la provincia de Heredia.

### **1.1.3 Justificación**

Los hábitos alimentarios son uno de los principales factores de prevención y promoción de la salud y explica al menos el 60% del nivel de salud de un individuo o grupo de población. Por lo tanto, su estudio análisis y mejora representa una de las prioridades de todas las áreas de conocimiento relacionadas con la salud, la ciencia, bienestar social y la calidad de vida. (Aranceta, 2015)

Un tratamiento dieto terapéutico hace referencia a un tratamiento basado en la nutrición, a cargo de un profesional, que incluye comprobar el estado nutricional de una persona y dar los alimentos o nutrientes apropiados para tratar afecciones o metas de peso de acuerdo con su composición corporal, edad, género y actividad física, entre otros. Puede abarcar cambios sencillos en el régimen alimentario de una persona. (Yu, 2015)

El tratamiento básico del sobre peso y la obesidad es la modificación de los patrones alimentarios y de actividad física para conseguir el descenso de peso con la menor tasa de efectos adversos posible. En los últimos años se han popularizado las dietas bajas en carbohidratos en el tratamiento de la obesidad frente a las dietas bajas en grasa. Sin embargo, se ha demostrado que en porciones adecuadas no se debe de eliminar ninguno de los grupos de alimentos. (Yannakoulia, 2019)

Cada plan nutricional se apoya en una estrategia dietética bien definida. Un plan nutricional se diferencia de una dieta en el enfoque y en la metodología. No se trata de un menú cerrado a seguir, sino de aportar al paciente la información necesaria para que sea capaz de elaborar su propia dieta diaria (menú) con la elección adecuada de las alternativas que tiene. Es importante que el paciente conozca el porqué de evitar determinados alimentos y consumir otros. Estos planes nutricionales son de vital importancia para tratar aspectos como ganancia o pérdida de peso, prevención de enfermedades crónicas y de mantener resultados a largo plazo. (Moreno, 2015)

Las altas tasas de obesidad requieren un tratamiento integral de distintas áreas de la salud para brindar modificaciones en el estilo de vida que logren la pérdida de peso. (Ojeda, 2018)

Esta propuesta pretende conocer los distintos métodos de pérdida de peso se han sometido la población en estudio, cual ha sido su percepción de los resultados ya sea a corto o largo plazo y si son más eficientes los métodos dieto terapéuticos o los métodos empíricos o caseros.

El hecho de poder incluir todos los grupos de alimentos en las porciones adecuadas favorece la pérdida de peso en contraposición a dietas restrictivas en las que también tienen como fin la pérdida de peso, motiva al investigador a conocer si existe algún beneficio mayor o en que situaciones específicas se debe optar por dietas restrictivas sobre una alimentación variada, completa y equilibrada.

Los resultados de la investigación son importantes para determinar cuáles sean las estrategias adecuadas para la utilización de distintos métodos para pérdida de peso, y así prevenir el mal uso de las dietas en la población costarricense.

## **1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación pretende resolver la siguiente interrogante:

¿Cuál es la comparación de hábitos de consumo alimentario, tiempo de exposición al plan alimenticio y percepción de los resultados en mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses en Heredia?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

A continuación, se presentan los objetivos general y específicos de la presente investigación.

### **1.3.1 Objetivo general:**

Comparar los hábitos de consumo alimentario, tiempo de exposición al plan alimenticio y percepción de los resultados en mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso los últimos 12 meses en Heredia.

### **1.3.2 Objetivos Específicos:**

1. Caracterizar socio demográficamente a la población.
2. Conocer los hábitos de consumo alimentario de la población de estudio por medio de un cuestionario.
3. Cuantificar el tiempo de exposición al plan alimenticio mediante un cuestionario.
4. Conocer la percepción de la población sobre los resultados en el peso corporal
5. Comparar los hábitos de consumo alimentario con el tiempo de exposición al plan alimenticio.

6. Comparar los hábitos de consumo alimentario con la percepción de los resultados de la población.

## **1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES**

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

### **1.4.1 Alcances de la investigación**

En la presente investigación no se obtuvieron alcances.

### **1.4.2 Limitaciones de la investigación**

En la presente investigación no existen limitaciones.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## **2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

A continuación, se muestran los conceptos y definiciones relevantes para comprender las variables del estudio.

### **2.1.1 Hábitos de consumo alimentario**

Los estilos de vida influyen de manera indudable en el estado de salud de la población, y entre sus componentes fundamentales, se encuentran los hábitos alimentarios. Es por esto que, en los tiempos actuales, la adopción de hábitos de alimentación y consumo poco saludables, han provocado graves problemas en la salud de la población, aumentando la prevalencia de enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, obesidad, las cuales están actualmente consideradas dentro del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles. (Ponce et al., 2019)

Los hábitos de consumo están asociados al estado emocional de las personas, debido a que se come de manera desproporcionada cuando se está alegre, triste o enojado y cuando se experimenta soledad, frustración o estrés.

En este sentido, cabe señalar la definición de hábitos de alimentación y consumo, los cuales son el número de comidas diarias que se realizan, los horarios en que se come, la manera en que se adquieren, almacenan y manejan los alimentos, la forma en que se decide cuánto, con quién, dónde y con qué se come, las técnicas y tipos de preparación, el orden en que se sirven los alimentos en la mesa y la manera en que se seleccionan los alimentos para las comidas diarias. (Reséndiz Barragán et al., 2015)

La transición nutricional de los últimos años a una dieta alta en carbohidratos refinados, azúcares, grasas y alimentos de origen animal, y baja en ácidos grasos poliinsaturados y fibra

dietética, se ha evidenciado en muchos países, especialmente en los de ingresos bajos y medios. Por tanto, es fundamental que cada país o región conozca los hábitos alimentarios de su población. Estos abarcan la amplia gama de alimentos frecuentemente consumidos, las preferencias, los patrones alimentarios y las prácticas culinarias propias de cada grupo. (Zapata et al., 2020)

El patrón alimentario de la población se define por la naturaleza, calidad, cantidad y proporciones de diferentes alimentos y bebidas en la dieta de un individuo, y la frecuencia con las cuales son habitualmente consumidos. Contar con una descripción actualizada sobre los hábitos alimentarios permitiría re direccionar, planificar y desarrollar políticas, programas de educación nutricional y estrategias de comunicación alimentario-nutricional basados en la evidencia y dirigidos a combatir los principales problemas de salud, como el exceso de peso. (Guevara-Villalobos et al., 2019)

### **2.1.2 Tiempo de exposición al plan alimenticio**

¿Por cuánto tiempo se debe de hacer dieta? Esta es la pregunta de muchas mujeres, sin embargo, esto depende de diversos factores tanto externos como internos en cada individuo, por ejemplo, depende del metabolismo de cada persona, si realiza actividad física o no, la edad, el tipo de dieta que eligió, entre otros.

Las intervenciones de control de peso producen consistentemente pérdidas de peso de 7 a 10 % del peso corporal durante el tratamiento inicial (normalmente de 4 a 6 meses) en adultos con sobrepeso y obesidad; sin embargo, el mantenimiento exitoso de la pérdida de peso después del final de la intervención sigue siendo un desafío. Si bien algunas personas pueden mantener con

éxito sus pérdidas de peso, los datos recopilados en visitas de seguimiento a más largo plazo demuestran que los participantes, en promedio, tienden a recuperar de un tercio a la mitad del peso perdido dentro de un año del final del tratamiento. (Ross et al., 2018)

A largo plazo (meses a años), y contrariamente a las expectativas, las dietas severamente restringidas en energía no dan como resultado una recuperación de peso más rápida que dietas moderadamente restringidas en energía y de hecho dan como resultado una mayor pérdida de peso promedio a los 3 años después de completar la dieta. (Seimon et al., 2020)

Durante el tiempo de exposición a un método para pérdida de peso se destacan tres etapas: la de pérdida de peso inicial, la de mantenimiento y la de recuperación, esta última etapa es en la que se debe de trabajar más arduamente en el control de la alimentación ya que se puede dar más fácilmente la ganancia de peso. Para ello existen estrategias de control de porciones que ayudan evitar los efectos rebote y lograr el objetivo de pérdida de peso a lo largo de un año. (Ross et al., 2019)

### **2.1.3 Percepción de resultados**

La autopercepción del peso y de la forma física, razones estéticas para hacer dieta, pesarse como método para sentirse mejor y la percepción de la imagen corporal se han relacionado con una constelación de riesgos para desarrollar tanto insatisfacción corporal como alteraciones alimentarias, ante una mala percepción corporal se puede así mismo mal interpretar la percepción del resultado de la dieta. (Machado et al., 2019)

La composición de la dieta y las facilidades o dificultades en poder seguir una alimentación saludable contribuyen, no solo al incremento del riesgo de obesidad, sino también al éxito y

buena percepción de los resultados del método elegido para la pérdida de peso. (Barragán et al., 2018)

Diferentes estudios han analizado la percepción de cada individuo ante los distintos métodos para pérdida de peso y han identificado una relación directa entre la autopercepción positiva de la dieta y hábitos alimentarios más adecuados, esto quiere decir que cuanto mejor percibieron el resultado de la dieta, mejor adoptan un nuevo patrón de alimentación. (Machado et al., 2019)

#### **2.1.4 Métodos para pérdida de peso**

La prevalencia de la obesidad a nivel mundial se triplicó entre los años 1975 y 2018, lo que ha llevado a las autoridades a realizar recomendaciones dietéticas para la pérdida de peso y disminución del riesgo cardiovascular, todas las estrategias incluyen como primera línea de tratamiento los cambios conductuales que tienen relación con dieta y la actividad física. (Ge et al., 2020)

A través de los medios de comunicación se han promovido programas dietéticos en una gama amplia, que van desde la reducción o eliminación de carbohidratos hasta la reducción de grasas. Esto ha generado grandes debates entre los profesionales de la salud quienes están divididos entre quienes defienden el consumo de todos los grupos de alimentos y quienes aseguran que las dietas restrictivas y el consumo de suplementos es más efectivo.

En el avance de la ciencia se han realizado estudios y se han propuesto mecanismos biológicos y fisiológicos para explicar el porqué de algunos patrones dietéticos son más efectivos que otros, sin embargo, un meta análisis de red indica que las pérdidas de peso entre los distintos

programas no son significativamente diferentes por lo que no se ha encontrado una ventaja importante entre un método y otro para la pérdida de peso. (Ge et al., 2020)

A continuación, se muestra un listado de las dietas para pérdida de peso más utilizadas a nivel mundial, con sus correspondientes valores para pérdida de peso, reducción de la presión arterial sistólica y diastólica, reducción del colesterol LDL, HDL y de la proteína C reactiva.

Diet v usual diet	Weight loss (kilograms)	Systolic blood pressure reduction (mm Hg)	Diastolic blood pressure reduction (mm Hg)	Low density lipoprotein reduction (mg/dL)	High density lipoprotein reduction (mg/dL)	C-reactive protein reduction (mg/dL)
Atkins	5.46	5.14	3.30	-2.75	3.41	0.64
Zone	4.07	3.46	2.33	-2.89	-0.33	0.27
DASH	3.63	4.68	2.84	3.93	-1.90	NA
Mediterranean	2.87	2.94	1.03	4.59	-0.61	0.25
Paleolithic	5.31	14.56	3.85	7.27	-2.52	0.52
Low fat	4.87	3.95	2.22	1.92	-2.13	0.33
Jenny Craig	7.77	7.86	7.81	0.21	-2.85	0.19
Volumetrics	5.95	2.93	1.95	7.13	-0.13	NA
Weight Watchers	3.90	2.80	1.03	7.13	-0.88	0.87
Rosemary Conley	3.76	2.39	1.44	7.15	-2.04	NA
Ornish	3.64	0.69	0.20	4.71	-4.87	1.11
Portfolio	3.64	5.97	3.98	21.29	-3.26	-0.37
Biggest Loser	2.88	3.17	2.20	3.90	-0.01	NA

*Figura N 1. Deducciones para todos los resultados a los seis meses en comparación con una dieta habitual, organizados según grado de certeza de la evidencia. 2021*

De las dietas de nombre popular Atkins, DASH y la mediterránea tuvieron la evidencia de mayor certeza y consistencia en la pérdida de peso, la dieta mediterránea muestra una mayor reducción en los niveles de colesterol LDL y todas demostraron una reducción en el riesgo cardiovascular, sin embargo, entre estas no se tiene un porcentaje importante de pérdida de peso que la haga sobresalir de la otra.

#### **2.1.4.1 Dieta cetogenica**

En la dieta cetogénica, casi el 90% de las calorías diarias se derivan de proteínas y lípidos. Una composición que se informa a menudo en la literatura es que, del valor energético total, el 50-

55% de las calorías deben derivarse de las proteínas, el 35-40% de los lípidos y hasta el 10% de los carbohidratos. Por tanto, este tipo de dieta induce la cetosis como respuesta metabólica a la ingesta baja de carbohidratos, provocando un aumento en la concentración de cetonas circulantes ( $\beta$ -hidroxibutirato, acetoacetato y acetona) producidas por el hígado a partir de la  $\beta$ -oxidación de ácidos grasos libres. (Corrêa P et al., 2019)

Las dietas cetogénicas se han recetado desde la década de 1920 como tratamiento para la epilepsia, reemplazando por completo el uso de medicamentos en algunos casos. A partir de la década de 1960, sin embargo, se hicieron populares por promover la pérdida de peso y se consideraron una alternativa para el tratamiento de la obesidad. Actualmente, algunos estudios también señalan el potencial de la dieta cetogénica en el tratamiento de otras patologías, como diabetes, síndrome de ovario poliquístico, acné, enfermedades neurológicas y cáncer, y en el control de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y respiratorias. (Corrêa P et al., 2019)

#### **2.1.4.2 Dieta mediterránea**

La dieta mediterránea es un tipo de alimentación basado en la cocina tradicional de los países ribereños del mar Mediterráneo. Aunque no existe una definición única de la dieta mediterránea, normalmente es rica en vegetales, frutas, granos enteros, frijoles, frutos secos y semillas, y aceite de oliva. El interés por la dieta mediterránea comenzó en la década de 1960 con la observación de que las enfermedades coronarias causaban menos muertes en los países mediterráneos, como Grecia e Italia, que en los Estados Unidos y el norte de Europa. Estudios posteriores revelaron que la dieta mediterránea está asociada con la reducción de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. (Bajerska et al., 2018)

La dieta mediterránea es uno de los planes de alimentación saludable recomendados por las Dietary Guidelines for Americans (Pautas de Alimentación para los estadounidenses) para promover la salud y prevenir las enfermedades crónicas. También es reconocida por la Organización Mundial de la Salud como una dieta sana y sostenible, y por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura como un activo cultural intangible. (Bajerska et al., 2018)

#### **2.1.4.3 Ayuno intermitente**

La práctica de restricción alimentaria intermitente, se utiliza en individuos con intención de pérdida de masa corporal, existen evidencias científicas favorables a esta práctica; no obstante, son insuficientes los estudios que muestren las consecuencias a largo plazo. La restricción alimentaria intermitente es una estrategia de pérdida rápida de peso, recomendada tanto por profesionales del área de salud, como en personal no calificado. Los últimos años su práctica se extendió y viene siendo cada vez más utilizada por la población, basados en los beneficios de la restricción alimentaria continua sobre la salud en general; pero concomitante en la dificultad para su realización a largo plazo, surge el ayuno intermitente como alternativa, ofreciendo mantener los mismos beneficios para la salud. El ayuno intermitente significa que no se come durante un período cada día o semana. (Rosas Fernández et al., 2018)

Algunos enfoques populares para el ayuno intermitente incluyen:

- **Ayuno de días alternos.** Comer una dieta normal un día y ayunar completamente o hacer una pequeña comida (menos de 500 calorías) al día siguiente.
- **Ayuno 5:2.** Comer una dieta normal cinco días a la semana y ayunar dos días a la semana.

- **Ayuno diario con tiempo restringido.** Comer con normalidad, pero solo dentro de un lapso de ocho horas cada día. Por ejemplo, no desayunar, pero almorzar al mediodía y cenar a las 8 p.m.

#### **2.1.4.4 Suplementos**

Durante el periodo para la pérdida de peso, a algunas personas se les hace complicado o monótono realizar actividad física y mantener una alimentación balanceada e incluso para acelerar el proceso de pérdida de peso acuden al uso de suplementos dietéticos para la pérdida de peso de libre venta, que prometen bajar de peso rápidamente, sin modificar los hábitos de alimentación y actividad física. Sin embargo, la ingesta de estos productos produce una serie de riesgos en la salud del consumidor, los cuales son desatendidos o no conocidos por los individuos obesos. (Stanford et al., 2017)

Una creciente evidencia muestra que una serie de medicamentos recetados con frecuencia puede causar aumento de peso y contribuir a la epidemia de obesidad. La Sociedad Endocrina de práctica clínica aconseja que se eviten los medicamentos obesogénicos en pacientes con sobrepeso y obesidad. En particular, estos medicamentos se dividen en varias categorías de medicamentos, incluidos algunos de los medicamentos recetados con mayor frecuencia, como betabloqueantes, antidepresivos, antipsicóticos, anticonvulsivos, medicamentos antidiabéticos, antihistamínicos y hormonas. Dado el uso frecuente de medicamentos obesogénicos y los mecanismos de sus efectos, la receta prescrita por el proveedor podría ser un factor de riesgo potencial para los resultados deficientes de pérdida de peso en pacientes que están siendo tratado por obesidad. El uso de medicamentos obesogénicos se asoció con una menor probabilidad de lograr clínicamente pérdida de peso significativa. (Stanford et al., 2017)

#### **2.1.4.5 Dieta que incluye todos los grupos de alimentos con control de porciones**

Ante una creciente en la prevalencia del sobre peso y la obesidad, se han diseñado distintas estrategias para la pérdida de peso, desde dietas sumamente restrictivas, hasta planes de alimentación que incluyen todos los grupos de alimentos con control de porciones. Se recomienda que la pérdida de peso se haga de manera lenta para evitar efectos rebote, sin embargo, las personas prefieren ver un resultado más rápido lo que deja en desventaja algunas veces las dietas que incluyen todos los grupos de alimentos, ya que esta se caracteriza por una pérdida de peso lenta pero sostenible a largo plazo. Estas son herramientas terapéuticas del uso de programas estructurados de intervención en el estilo de vida diseñados para la pérdida de peso y que incluyan un plan de alimentación saludable, actividad física e intervenciones conductuales para los pacientes tratados por sobrepeso u obesidad. Estas intervenciones generalmente se enfocan en cambios de la dieta y la actividad física mediante estrategias que establezcan metas adecuadas y mejoren la motivación de los pacientes, haciéndoles cambiar sus creencias y expectativas, y proporcionándoles orientación y educación en el uso de habilidades de autorregulación para mejorar el cambio de comportamiento y el mantenimiento. (Guzmán et al., 2020)

Esto demuestra que las personas pueden elegir la dieta que se ajuste más a sus gustos y preferencias sin que esto afecte la magnitud de los beneficios entre una y otra.

#### **2.1.4.6 Dietas bajas en calorías**

Se refiere aquellas dietas que generan un déficit de 500 a 1000 kcal al día sobre las estimaciones basales obtenidas mediante distintas fórmulas, medidas antropométricas y de ingesta habitual.

Este método favorece una pérdida de peso entre 1 a 2 libras por semana con una duración de 6 meses, en este caso se considera tanto la ingesta como el gasto energético del individuo. Entre los aspectos más importantes que se consideran en la dieta hipocalórica se encuentran; el tamaño de las porciones, disminuir el consumo de alimentos energéticamente densos, distribución de los alimentos en forma fraccionada durante el día, mínimo tres comidas principales y por lo menos una merienda, disminuyendo la ingesta por la tarde o por la noche. (Anderson Vásquez & Anderson Vásquez, 2020)

#### **2.1.4.7 Dietas muy bajas en calorías**

Estas dietas son aquellas cuyo aporte calórico diario oscila entre las 450 y 800 calorías que pueden producir una pérdida de peso por semana de 1.5 a 2.5 kg o aproximadamente 20 kilogramos en 12 semanas, generalmente estas calorías se suministran a través de suplementos, formulas o batidos que constituyen el único aporte energético requerido en el programa de pérdida de peso. Este método no se sugiere por más de 16 semanas, se utiliza principalmente en individuos con un IMC >30 y en pacientes previos a una cirugía bariátrica. (Anderson Vásquez & Anderson Vásquez, 2020)

#### **2.1.4.8 Dietas altas en proteínas**

El objetivo de estas dietas es reducir la ingesta de carbohidratos y de grasas aumentando la ingesta de proteínas que garantizan una mayor capacidad de saciedad y efecto termo génico. Esta saciedad está determinada por el tipo de proteína, siendo la proteína láctea la que producen mayor efecto de saciedad. Distintos autores aseguran que las proteínas del suero reducen el

apetito, estimulan los péptidos gastrointestinales anorexigénicos y mejoran la homeostasis glucometabólica en mujeres jóvenes obesas. El consumo de una dieta rica en proteínas lactoséricas disminuye el almacenamiento de grasa e incrementa la masa muscular esquelética, promueven de forma más efectiva la pérdida de peso al ser incluidas en las dietas hipocalóricas ya que incrementan la termogénesis. (Anderson Vásquez & Anderson Vásquez, 2020)

#### **2.1.4.9 Dietas bajas en grasa**

Esta es una de las dietas más recomendadas ya que la energía proveniente de las grasas tiene menor poder de saciedad que la que proviene de los carbohidratos, una reducción del 10% del consumo de grasas se traduce en una pérdida de hasta 5 kilogramos. (Anderson Vásquez & Anderson Vásquez, 2020)

## **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

Para este tipo de investigación se utiliza el enfoque mixto ya que implica tanto el uso de enfoque cuantitativo como cualitativo, pretende medir variables como hábitos de consumo como cantidad de días expuestos al tratamiento dieto terapéutico.

La meta de la investigación mixta no es reemplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación, combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales. Este método implica un conjunto de procesos de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema. (Hernández et al., 2014)

### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

En este estudio se utiliza el método descriptivo ya que busca puntualizar las características de la población para posteriormente describir y comparar variables según el análisis estadístico que corresponda.

### **3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

Los sujetos de estudio para este proyecto son mujeres entre 18 y 50 años que se han sometido a algún tratamiento para pérdida de peso, que sean residentes de la provincia de Heredia.

### 3.3.1 Población

La población para este estudio es de 20 000 personas todas femeninas de 18 a 50 años residentes de Heredia. De acuerdo con el último documento del Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica indica en las estimaciones y proyecciones de población 2011-2025 una población aproximada de 20 000 femeninas entre 15 y 54 años residentes en la provincia de Heredia.

### 3.3.2 Muestra

Para este estudio se utiliza la muestra no probabilística ya que se eligen personas que se adapten a los criterios de investigación, en la muestra no probabilística, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador. Para calcular la muestra se desarrolla la siguiente formula estadística donde, n es la muestra, Z es el factor de confiabilidad (1.96:95%), P corresponde al valor 0.5, Q es 1-P= 0.5 y d es el margen de error permisible establecido por el investigador (0.1:10%).

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

$$n = (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)$$

---


$$(0.1)^2$$

$$n = 96 \text{ personas}$$

Con este resultado se deben de aplicar 96 encuestas.

### 3.3.3 Criterios de inclusión y de exclusión

Para obtener los resultados esperados para la investigación se establecen los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

*Tabla N 1.. Criterios de inclusión y exclusión para la elección de la muestra*

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Para este estudio se incluyen mujeres de 18 a 50 años que se hayan sometido a algún tratamiento dieto terapéutico en los últimos 12 meses, que sepan leer y escribir y que tengan acceso a internet, residentes de Heredia.	Se excluye del estudio mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, mujeres con padecimientos de la tiroides, mujeres que se hayan sometido a cirugía bariátrica en los últimos 15 meses, que no firmen el consentimiento informado.

Fuente: elaboración propia, 2022

## 3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Toda medición o instrumento de recolección de datos debe reunir tres requisitos esenciales: confiabilidad, validez y objetividad.

### 3.4.1 Instrumento

Para esta investigación se aplica un cuestionario, uno de los instrumentos más utilizados para la recolección de datos, el mismo se aplica a las participantes, esta consta de preguntas cerradas en cuanto a la alimentación y uso de dietas en los últimos 12 meses, por cuanto tiempo se

expusieron a la dieta, cual fue la percepción de los resultados, y se cierra con una opinión por parte de las encuestadas de cual tratamiento o dieta sienten que es más efectivo.

### **3.4.2 Validez del cuestionario**

La validez del instrumento se determina mediante la aplicación en un plan piloto que se realiza en una población con características similares a las del estudio.

### **3.4.3 Confiabilidad del Cuestionario**

La confiabilidad del instrumento se determina mediante la aplicación en un plan piloto que se realiza en una población con características similares a la del estudio.

## **3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Cuando se refiere al diseño de la investigación hace mención al plan o estrategia para obtener la información con el fin de responder al planteamiento del problema.

El estudio transversal recolecta datos en un solo momento con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, estos pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores; así como diferentes comunidades, situaciones o eventos.

### 3.6 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Tabla N 2. Operacionalización de las variables

<b>OBJETIVO ESPECIFICO</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>DIMENSION</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
Caracterizar demográficamente la población	socio demográficas	Características socio económicas y culturales presentes en la población de estudio	Recolección de datos a través de una encuesta	Edad	Entre 18 y 23 años Entre 24 y 29 años Entre 30 y 34 años Entre 35 y 40 años Entre 41 y 44 años Entre 45 y 50 años	Cuestionario
					Casada Soltera Viuda Divorciada	
				Estado civil	Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Universidad	
				Nivel de escolaridad	incompleta Universidad completa Técnico	
					Asalariada Negocio propio Ama de casa	

Continúa

				Ocupación		
Conocer los hábitos de consumo alimentario de la población de estudio	Hábitos de consumo alimentario	Un hábito alimentario son patrones de consumo de alimentos que se han enseñado o se van adoptando paulatinamente de acuerdo a los gustos y preferencias.	Recolección de datos a través de una encuesta	Consumo de carbohidratos, proteínas, grasas, azúcares	Si están permitidos o no dentro del tratamiento dieto terapéutico. Quien prepara los alimentos Tiempos de comida que realiza	Cuestionario
Cuantificar el tiempo de exposición al plan alimenticio.	Tiempo de exposición a una dieta	Según los expertos, lo recomendado serían unos tres meses, un tiempo equivalente a medio kilo por semana	Recolección de datos a través de una encuesta	De 1 a 3 meses De 1 a 6 meses De 1 a 9 meses De 1 a 12 meses	Considera que el tiempo de exposición fue demasiado largo, demasiado corto o, no fue relevante	Cuestionario
Conocer la percepción de los resultados en su peso por la población de estudio.	Percepción de resultados	Primer conocimiento de una cosa por medio de las impresiones que comunican los sentidos. Las personas que perciben su dieta como buena realizan una dieta menos inadecuada, aunque en todos los casos, no se cumplen con las pautas de la dieta equilibrada.	Recolección de datos a través de una encuesta	Satisfecho Insatisfecho	Escala de satisfacción	Cuestionario

Fuente: Elaboración propia, 2022

### **3.7 PLAN PILOTO**

El plan piloto se realiza con un 10% de la muestra, la misma se aplicó en 10 mujeres de 18 a 50 años vecinas de Heredia cuyas características de edad, sexo y haber realizado algún tipo de dieta el último año cumplen con las características de la población meta, por esta razón fueron seleccionadas. El tiempo invertido para la realización del plan piloto fue de dos semanas, entre los hallazgos se encuentra que todos los ítems de las preguntas fueron claramente comprendidos y correctamente contestados, la versión definitiva del mismo se encuentra en el anexo 2.

### **3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de datos de esta investigación se da a cabo a través de la aplicación de un cuestionario a la población en estudio. Primero se anuncian los requisitos, seguidamente las interesadas se ponen en contacto y se les explica detalladamente en que consiste cada pregunta y se les hace llegar el cuestionario vía whats app. Estos datos recolectados son organizados a través de una base de datos en Excel para su posterior análisis.

### **3.9 ORGANIZACIÓN DE DATOS**

Una vez que los datos de las 96 mujeres encuetadas se recolectan en el formulario de Google Forms, se organizan en una hoja de Microsoft Excel, para ser analizados y generar tablas y figuras presentar la información requerida.

Los datos se organizan en una hoja de tabulación general y luego se dividen según las variables de estudio: hábitos de consumo alimentario, tiempo de exposición al plan alimenticio, percepción de los resultados y métodos para pérdida de peso.

### **3.10 ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos obtenidos se analizan de manera univariada y bivariada.

#### **3.10.1 Análisis univariado**

El análisis univariado se crea a partir de los datos que se recolectaron en la base de datos de Excel, con todas las variables de estudio y los datos solicitados en el cuestionario. Los datos se representan en tablas y figuras con valores absolutos y porcentajes.

#### **3.10.2 Análisis bivariado**

Se realiza un análisis comparativo entre distintas variables aplicadas en el estudio, este análisis se efectúa con la Prueba exacta de Fisher para determinar la significancia estadística.

## **CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

## **4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

La muestra seleccionada está formada por 96 personas encuestadas, correspondientes a la provincia de Heredia. Las características de esta población son las siguientes: rangos de edad entre 18 a 50 años, género femenino.

Para analizar los resultados obtenidos mediante el instrumento aplicado a cada mujer de distintas zonas de Heredia, por lo que, se muestra la tabla o la figura con su respectivo análisis.

## Análisis univariado

### 4.1.1 Datos socio demográficos

*Tabla N 3. Datos sociodemográficos*

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Resultado (n=96)</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Edad</b>		
Entre 18 y 23 años	4	4
Entre 24 y 29 años	19	19
Entre 30 y 34 años	16	17
Entre 35 y 40 años	17	18
Entre 41 y 44 años	13	14
Entre 45 y 50 años	27	28
<b>Estado civil</b>		
Soltera	40	42
Casada	45	47
Divorciada	10	10
Viuda	1	1
<b>Escolaridad</b>		
Primaria completa	3	3
Secundaria incompleta	5	5
Secundaria completa	10	10
Universidad incompleta	19	20
Universidad completa	55	58
Técnico	4	4
<b>Ocupación</b>		
Asalariada	65	68
Negocio propio	17	18
Ama de casa	14	14

Datos: absoluto (porcentaje)

Fuente: elaboración propia, 2022.

En la tabla 3 se presenta la agrupación de cuatro variables: edad, estado civil, escolaridad y ocupación para visualizar de mejor manera los datos sociodemográficos de las encuestadas, se puede observar que un 28% de las mujeres se encuentran en un rango de edad entre los 45 y 50

años, mientras que un 19% se encuentra en un rango entre los 24 y 29 años. En cuanto al estado civil se encuentra que un 47% están casadas y un 42% están solteras. Referente a la escolaridad se obtiene que un 58% tienen universidad completa y un 20% tienen universidad incompleta. Con respecto a la ocupación un 68% indican que son asalariadas y un 18% tienen negocio propio.

#### 4.1.2 Hábitos de consumo

A continuación, se presentan los resultados que se obtuvieron de la encuesta con respecto a los hábitos de consumo.

*Tabla N 4. Persona que prepara los alimentos diariamente*

<b>Indique quien prepara sus alimentos diariamente</b>	<b>Resultados n =96</b>	<b>Porcentaj e %</b>
Yo misma	69	72
Un familiar o empleada domestica	23	24
Compro la comida ya preparada todos los días	4	4

Datos: absoluto (porcentaje)

Fuente: elaboración propia, 2022.

En la Tabla 4 se puede observar que el 72% de las mujeres preparan sus alimentos ellas mismas, mientras que un 24% de ellas mencionan que los alimentos son preparados por familiar o empleada doméstica.

*Tabla N 5. Tiempos de comida que realiza la población en estudio n=96*

<b>Indique cuales tiempos de comida realiza</b>	<b>Resultados n=96</b>	<b>Porcentaj e %</b>
Desayuno	91	95
Merienda mañana	90	94
Almuerzo	82	85
Merienda tarde	49	51
Cena	77	80
Colación nocturna	5	5
Más de 6 tiempos de comida	4	4

Datos: absoluto (porcentaje)

Fuente: elaboración propia, 2022.

Se puede observar en la Tabla 5, que los porcentajes mayores corresponden a los tiempos de comida principales como lo son el desayuno, el almuerzo y la cena con porcentajes de 95%, 85% y 80% respectivamente, en cuanto a las meriendas se muestra una mayor participación en la merienda de la mañana con 94% en comparación con la merienda de la tarde con un 51%.

*Tabla N 6. Tipo de azúcar que utiliza la población en estudio n=96.*

<b>Tipo de azúcar que utiliza</b>	<b>Resultados n=96</b>	<b>Porcentaje %</b>
Azúcar blanca	33	34
Azúcar morena	13	14
Sustituto de azúcar	25	26
Ningún	25	26

Datos: absoluto (porcentaje)

Fuente: elaboración propia, 2022.

En la tabla 6 se puede observar los resultados del consumo de azúcar en las encuestadas quienes indican que un 34% utilizan azúcar blanca mientras que un 26% indican que utilizan sustituto de azúcar e igualmente en un 26% indican que no utilizan ningún tipo de azúcar.

*Tabla N 7. Alimentos que incluyen en su plan de alimentación la población en estudio n=96.*

<b>De acuerdo con su tratamiento dieto terapéutico para pérdida de peso de los últimos 12 meses, indique los alimentos incluye su tratamiento.</b>	<b>Si n=96</b>	<b>%</b>	<b>No n=96</b>	<b>%</b>
Cereales (arroz, pasta, pan, tortillas, galletas, yuca, papa, elote, plátano)	78	81	9	9
Leguminosas (frijoles, garbanzos, lentejas, cubaces)	78	81	10	10
Vegetales no harinosos (apio, brócoli, cebolla, chayote, repollo, coliflor, espinaca, palmito, pepino, remolacha, tomate, zanahoria)	90	94	2	2
Frutas	87	91	5	5
Lácteos (leche, yogurt)	78	81	11	11
Azúcar de mesa	20	21	47	49
Grasas (aceite, manteca, mantequilla, aderezos)	71	74	12	13
Sal	77	80	12	13
Proteína (res, cerdo, pollo, pescado, queso)	94	98	1	1

Datos: absoluto (porcentaje)

Fuente: elaboración propia, 2022.

De acuerdo con la información obtenida en la Tabla 7, se puede notar que las mujeres indican que en su plan de alimentación incluyen en mayor porcentaje el consumo de proteína, vegetales y fruta con un porcentaje de 98%, 94% y 91% respectivamente, así mismo indican que consumen cereales, leguminosas y lácteos en un 81% cada uno. Entre los alimentos que evitan se encuentra el azúcar con un 49% y las grasas y sal con un 13% cada uno.

Tabla N 8. Método de cocción más utilizado en el plan de alimentación la población en estudio n=96.

<b>Tipo de cocción</b>	<b>Resultados n=96</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Carnes (res, cerdo, pollo, pescado, queso)</b>		
Frito	10	10
Al vapor	17	18
Al horno	23	24
Hervido	8	8
A la plancha	10	10
<b>Cereales (arroz, pasta, pan, tortillas, galletas, yuca, papa, elote, plátano)</b>		
Frito	44	46
Al vapor	17	18
Al horno	38	40
Hervido	12	13
A la plancha	37	39
<b>Vegetales no harinosos (apio, brócoli, cebolla, chayote, repollo, coliflor, espinaca, palmito, pepino, remolacha, tomate, zanahoria)</b>		
Frito	13	14
Al vapor	42	44
Al horno	12	13
Hervido	34	35
A la plancha	8	8
<b>Leguminosas (frijoles, garbanzos, lentejas, cubaces)</b>		
Frito	8	8
Al vapor	59	61
Al horno	12	13
Hervido	38	40
A la plancha	8	8

Datos: absoluto (porcentaje)

Fuente: elaboración propia, 2022.

En la tabla 8, se puede observar los métodos de cocción más utilizados por las participantes de la encuesta donde se caracteriza el uso de al vapor con más frecuencia, en la cocción de las carnes un 24% indican hacerlo al horno y un 185 al vapor. En cuanto a la cocción de los cereales un 46% indican hacerlos fritos y un 40% al horno. Con respecto a la cocción de los vegetales utilizan un 44% al vapor y un 35% hervido y la cocción de las leguminosas la realizan un 61% al vapor y un 40% hervido.

#### 4.1.3 Tiempo de exposición al plan de alimentación

A continuación, se presentan los resultados que se obtuvieron de la encuesta con respecto al tiempo de exposición al plan de alimentación.

*Tabla N 9. Por cuanto tiempo siguió el plan de alimentación la población en estudio n=96.*

<b>Tiempo de exposición</b>	<b>Resultados n=96</b>	<b>Porcentaje %</b>
Menos de 1 mes	10	10
De 1 a 3 meses	36	38
De 1 a 6 meses	19	20
De 1 a 9 meses	2	2
De 1 a 12 meses	8	8
Aun lo estoy haciendo	21	22

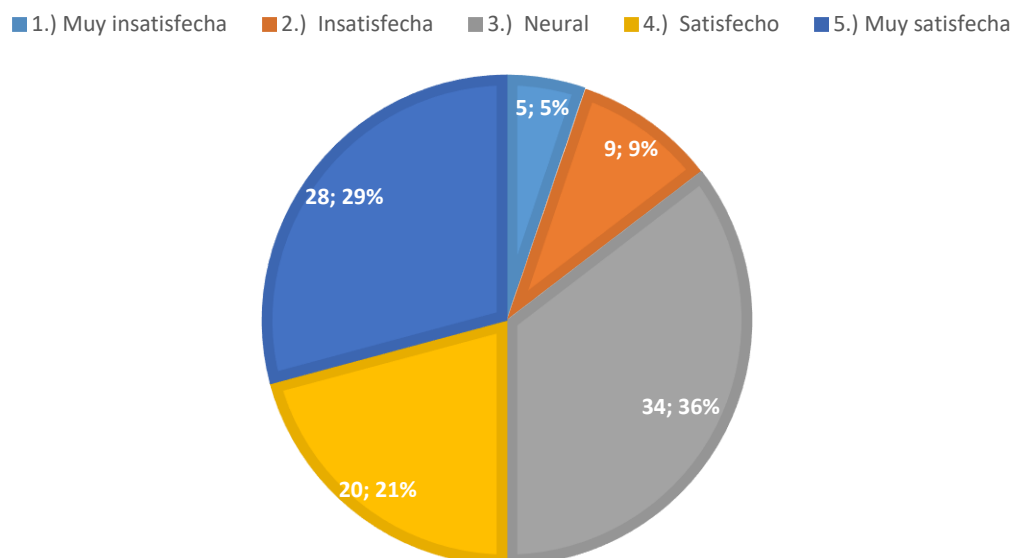
Datos: absoluto (porcentaje)

Fuente: elaboración propia, 2022.

De acuerdo con la tabla 9, se observa que un 38% de las encuestadas realizó el plan alimenticio por un lapso de 1 a 3 meses, mientras que un 22% indican aun estar realizándolo. Una minoría del 8% indican haber realizado el plan en un lapso de 1 a 12 meses.

#### 4.1.4 Percepción de los resultados

A continuación, se presentan los resultados que se obtuvieron de la encuesta con respecto a la percepción de los resultados al plan alimenticio de las participantes.



*Figura N 2. Nivel de satisfacción a corto plazo de las mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia. Fuente: elaboración propia, 2022.*

De acuerdo con la figura 2, se puede ver que, según el nivel de satisfacción de las participantes a corto plazo, un 36% se mantuvieron neutrales con su respuesta, mientras que un 29% indicaron estar muy satisfechas.

*Tabla N 10. Nivel de satisfacción a largo plazo.*

<b>¿Qué tan satisfecha esta con los resultados a largo plazo (6 meses en adelante)</b>	<b>Resultados n=96</b>	<b>%</b>
1.) Muy insatisfecha	6	6
2.) Insatisfecha	16	17
3.) Neural	30	31
4.) Satisfecho	23	24
5.) Muy satisfecha	21	22

Datos: absoluto (porcentaje)

Fuente: elaboración propia, 2022.

En la tabla 10, se muestra de manera similar al gráfico anterior que un 31% de las encuestadas se mantienen neutrales en su respuesta, mientras que un 24% indicaron estar satisfechas con el resultado del plan de alimentación a largo plazo, y un 22% indicaron estar muy satisfechas.

#### **4.1.5 Métodos para pérdida de peso**

A continuación, se presentan los resultados que se obtuvieron de la encuesta con respecto a los métodos para pérdida de peso que utilizaron las participantes.

*Tabla N 11. Tratamiento para pérdida de peso más utilizado*

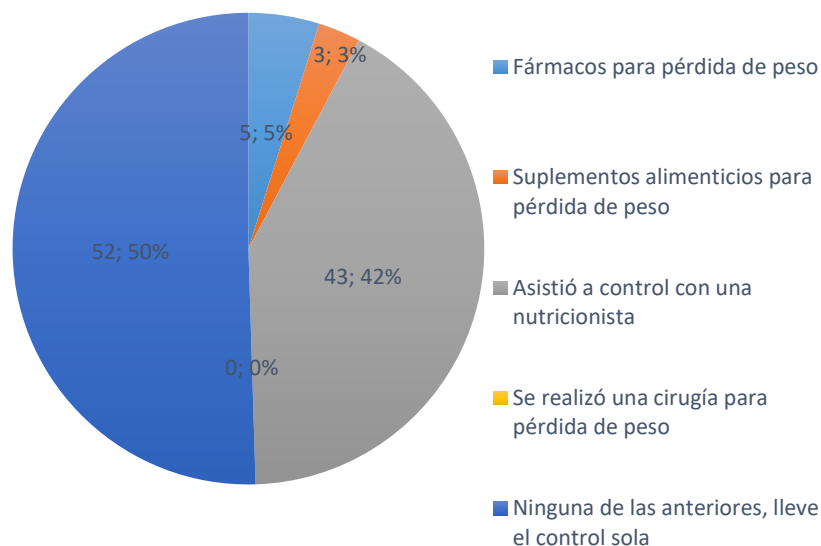
<b>¿Cuál o cuáles de los siguientes métodos para pérdida de peso ha utilizado los últimos 12 meses?</b>	<b>Resultados n=96</b>	<b>%</b>
Dieta cetogenica o Keto	17	18
Ayuno intermitente	22	23
Plan de alimentación que incluye todos los grupos de alimentos	78	81

Datos: absoluto (porcentaje)

Fuente: elaboración propia, 2022.

De acuerdo con la tabla 11, se determina que la mayoría con un 81% utilizaron el plan de alimentación que incluye todos los grupos de alimentos, seguido por un 23% que realizaron el

ayuno intermitente y un 18% indicaron realizar la dieta cetogenica, ninguna de las participantes indicó utilizar la dieta mediterránea ni ningún otro tipo de dieta.



*Figura N 3. Estrategias utilizadas por las mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia. Fuente: elaboración propia, 2022.*

En la figura 3, se puede observar que entre las estrategias que utilizaron las mujeres durante su tratamiento para pérdida de peso un 50% llevaron el control solas y un 42% asistieron a control con un nutricionista.

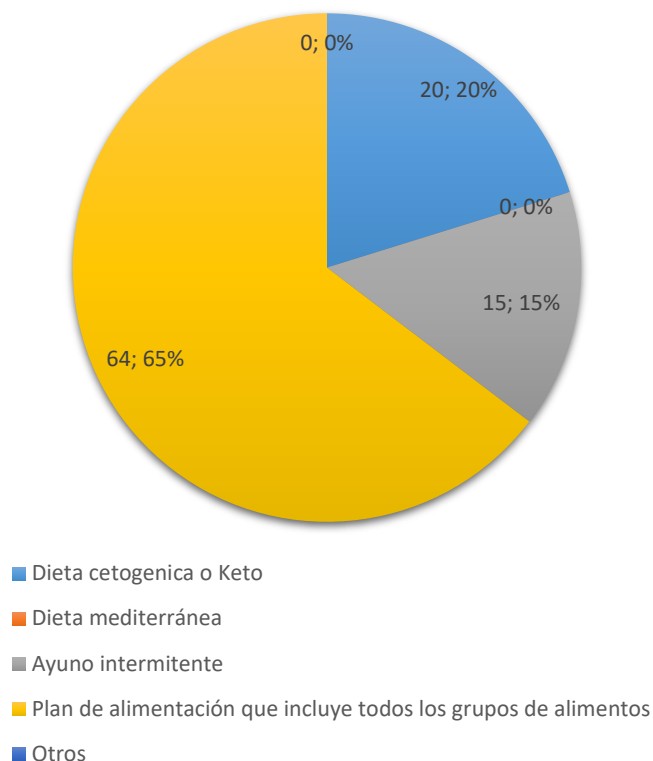
*Tabla N 12. Razones por las que no pudieron completar el tratamiento para pérdida de peso*

<b>Por qué razón no pudo completar algunos de los tratamientos para pérdida de peso</b>	<b>Resultados n=96</b>	<b>%</b>
		33
Por factores económicos	32	16
Por ser poco variada la alimentación	49	51
Falta de motivación		18
No obtuvo los resultados esperados	17	

Datos: absoluto (porcentaje)

Fuente: elaboración propia, 2022.

Se puede notar que en la Tabla 12, donde se pregunta las razones por las que no pudieron completar el tratamiento para pérdida de peso un 51% indican que fue por falta de motivación, un 33% por factores económicos y un 18% indican que no obtuvieron los resultados que esperaban.



*Figura N 4. Tratamiento que consideran más efectivo las mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia. Fuente: elaboración propia, 2022.*

La Figura 4, presenta los resultados obtenidos a las mujeres que participaron en el estudio, en cuanto al método para pérdida de peso que las que consideran la más efectivo un 65% indican que es el plan de alimentación que incluye todos los alimentos, un 20% indican que es la dieta cetogenica y un 15% dicen que el ayuno intermitente es el que consideran más efectivo. Ninguna participante considero efectiva la dieta mediterránea ni ningún otro método.

## 4.2 ANALISIS BIVARIADO

A continuación, se presentan los datos que se obtienen al comparar distintas variables del estudio.

Para reforzar esta comparación se utiliza la Prueba exacta de Fisher.

### 4.2.1 Comparar los hábitos de consumo alimentario con el tiempo de exposición al plan alimenticio de la población.

*Tabla N 13. Resultados de la prueba exacta de Fisher para la comparación de los hábitos de consumo alimentario con el tiempo de exposición de la población en el uso de distintos métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso*

<b>Variable</b>	<b>Valor P</b>	<b>Interpretación</b>
Quien prepara sus alimentos	0,46	No hay diferencias
Total tiempos alimentación	0,52	No hay diferencias
Tipo de azúcar que utiliza en bebidas	<b>0,01</b>	<b>Hay diferencias</b>
Consumo de cereales	0,36	No hay diferencias
Consumo de leguminosas	0,06	No hay diferencias
Consumo de vegetales no harinosos	0,37	No hay diferencias
Consumo de frutas	0,16	No hay diferencias
Consumo de lácteos	0,18	No hay diferencias
Consumo de azúcar de mesa	<b>0,00</b>	<b>Hay diferencias</b>
Consumo de grasas	0,41	No hay diferencias
Consumo de sal	0,36	No hay diferencias
Consumo de proteína	0,40	No hay diferencias
Método de cocción para carnes	0,10	No hay diferencias
Método de cocción para cereales	0,21	No hay diferencias
Método de cocción para vegetales no harinosos	0,06	No hay diferencias
Métodos de cocción para leguminosas	0,48	No hay diferencias
Métodos para pérdida de peso utilizados los últimos 12 meses	0,40	No hay diferencias

Fuente: elaboración propia, 2022.

Con un nivel de significancia del 5% existe suficiente evidencia estadística para determinar que existe una diferencia en el tiempo de exposición según el tipo de azúcar utilizado en bebidas y el consumo de azúcar de mesa, para todo lo demás no se encontraron relaciones. Con el fin de realizar una mejor comprensión de dichas diferencias se realizan sus respectivas tablas cruzadas.

*Tabla N 14. Comparación del hábito de consumo y tiempo de exposición.*

<b>Tiempo de exposición</b>	<b>Tipo de azúcar que consume en bebidas</b>			
	<b>Ninguno</b>	<b>Azúcar blanca</b>	<b>Azúcar morena</b>	<b>Sustituto</b>
Menos de 1 mes	0	7	3	0
1 a 3 meses	7	17	4	10
1 a 6 meses	8	4	3	5
1 a 9 meses	0	1	1	0
1 a 12 meses	2	1	1	4
Aun lo hace	10	3	1	8

Fuente: elaboración propia, 2022.

Según el tipo de consumo de azúcar en bebidas, se observa como de los que no consumen ningún tipo de azúcar una proporción grande aún continúa exponiéndose a estos métodos dieto terapéuticos mientras que por otro lado los que consumen azúcar o sustituto tienen un tiempo de exposición de alrededor de 1 a 3 meses.

*Tabla N 15. Comparación del hábito de consumo y tiempo de exposición.*

<b>Tiempo que siguió su tratamiento para pérdida de peso</b>	<b>Consumo azúcar de mesa</b>		
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No indica</b>
1 a 3 meses	7	14	17
1 a 6 meses	4	9	7
1 a 9 meses	0	2	0
1 a 12 meses	1	5	2
Aun lo estoy haciendo	1	17	4
Menos de 1 mes	7	2	1

Fuente: elaboración propia, 2022.

Como se mencionó anteriormente existe la tendencia de que aquellos que no consumen azúcar de mesa se mantengan más tiempo en su tratamiento de pérdida de peso, sin embargo, es necesario destacar que hay un porcentaje considerable de valores nulos, donde la persona no indica si consume o no.

#### 4.2.2 Comparar los hábitos de consumo alimentario con la percepción de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso

Tabla N 16. Resultados de la prueba exacta de Fisher para la comparación de los hábitos de consumo alimentario con la percepción de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso

Variable	Valor P para la percepción a corto plazo	Interpretación	Valor P para la percepción a largo plazo	Interpretación
Quien prepara sus alimentos	0,50	No hay diferencias	0,58	No hay diferencias
Total tiempos alimentación	0,58	No hay diferencias	0,81	No hay diferencias
Tipo de azúcar que utiliza en bebidas	0,07	No hay diferencias	<b>0,00</b>	<b>Hay diferencias</b>
Consumo de cereales	0,48	No hay diferencias	0,13	No hay diferencias
Consumo de leguminosas	<b>0,03</b>	<b>Hay diferencias</b>	<b>0,02</b>	<b>Hay diferencias</b>
Consumo de vegetales no harinosos	0,33	No hay diferencias	0,82	No hay diferencias
Consumo de frutas	0,25	No hay diferencias	0,36	No hay diferencias
Consumo de lácteos	0,50	No hay diferencias	0,15	No hay diferencias
Consumo de azúcar de mesa	0,13	No hay diferencias	0,09	No hay diferencias
Consumo de grasas	0,15	No hay diferencias	0,49	No hay diferencias
Consumo de sal	0,94	No hay diferencias	0,31	No hay diferencias
Consumo de proteína	<b>0,04</b>	<b>Hay diferencias</b>	0,11	No hay diferencias
Método de cocción para carnes	0,94	No hay diferencias	0,60	No hay diferencias
Método de cocción para cereales	<b>0,03</b>	<b>Hay diferencias</b>	0,11	No hay diferencias
Método de cocción para vegetales no harinosos	<b>0,01</b>	<b>Hay diferencias</b>	0,80	No hay diferencias
Métodos de cocción para leguminosas	0,31	No hay diferencias	0,42	No hay diferencias
Métodos para pérdida de peso utilizados los últimos 12 meses	<b>0,02</b>	<b>Hay diferencias</b>	<b>0,00</b>	<b>Hay diferencias</b>

Fuente: elaboración propia, 2022.

Con un nivel de significancia del 5% existe suficiente evidencia estadística para determinar que existe una diferencia en la percepción de avance a corto plazo, según el tipo de azúcar utilizado en bebidas, consumo de leguminosas, método de cocción preferido para cereales y vegetales no harinosos y el método para pérdida de peso utilizado en los últimos 12 meses, para todo lo demás no se encontraron diferencias.

Con respecto a la percepción de avance a largo plazo se encuentran diferencia con respecto al uso de azúcar en bebidas, consumo de leguminosas y el método de pérdida de peso utilizado en los últimos 12 meses.

Para entender estas diferencias se muestran las tablas descriptivas siguientes:

### Diferencias a corto plazo

*Tabla N 17. Percepción a corto plazo de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso, según consumo de leguminosas*

Satisfacción a corto plazo	Consumo de leguminosas		
	Si	No	No indica
Muy malo	5	0	0
Malo	8	1	0
Regular	31	2	3
Bueno	16	0	5
Muy bueno	20	8	1

Fuente: elaboración propia, 2022.

En este caso se aprecia que los que tienen mejor percepción son los que suelen consumir leguminosas en su tratamiento.

*Tabla N 18. Percepción a corto plazo de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso, según consumo de proteínas*

<b>Satisfacción a corto plazo</b>	<b>Consumo de proteínas</b>		
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No indica</b>
Muy malo	4	1	0
Malo	9	0	0
Regular	36	0	0
Bueno	20	0	1
Muy bueno	29	0	0

Fuente: elaboración propia, 2022.

Los que tienen mejores percepciones sí consumen proteínas.

*Tabla N 19. Percepción a corto plazo de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso, según método de cocción para cereales*

<b>Satisfacción a corto plazo</b>	<b>Método de cocción para cereales</b>				
	<b>A la plancha</b>	<b>Al horno</b>	<b>Al vapor</b>	<b>Frito</b>	<b>No indica</b>
Muy malo	1	0	4	0	0
Malo	1	1	2	3	2
Regular	1	2	26	4	3
Bueno	0	3	14	0	4
Muy bueno	0	2	14	8	5

Fuente: elaboración propia, 2022.

Los que tienen mejores percepciones utilizan cocción al vapor para los cereales.

*Tabla N 20. Percepción a corto plazo de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso, según método de cocción para vegetales no harinosos*

<b>Satisfacción a corto plazo</b>	<b>Método de cocción para vegetales no harinosos</b>				
	<b>A la plancha</b>	<b>Al horno</b>	<b>Al vapor</b>	<b>Frito</b>	<b>No indica</b>
Muy malo	1	1	3	0	0
Malo	0	1	5	0	3
Regular	1	0	30	4	1
Bueno	0	4	16	1	0
Muy bueno	0	2	23	4	0

Fuente: elaboración propia, 2022.

Los que tienen mejores percepciones utilizan cocción al vapor para los vegetales.

*Tabla N 21. Percepción a corto plazo de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso, según método de dieto terapéutico utilizado*

<b>Satisfacción a corto plazo</b>	<b>Métodos para pérdida de peso utilizados los últimos 12 meses</b>				
	<b>Ayuno intermitente</b>	<b>Dieta cetogénica o Keto</b>	<b>Dieta cetogénica o Keto combinada con ayuno intermitente o plan de alimentación que incluye todos los grupos de alimentos</b>	<b>Plan de alimentación que incluye todos los grupos de alimentos</b>	<b>Últimamente ninguno</b>
Muy malo	1	0	2	2	0
Malo	1	1	3	3	1
Regular	5	1	1	29	0
Bueno	7	1	2	11	0
Muy bueno	4	4	3	18	0

Fuente: elaboración propia, 2022.

Los que tienen mejores percepciones utilizan plan de alimentación que incluían todos los alimentos.

## Percepción a largo plazo

*Tabla N 22. Percepción a largo plazo de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso, según uso de azúcares en bebidas*

Satisfacción a largo plazo	Tipo de azúcar que consume en bebidas			
	Ninguno	Azúcar blanca	Azúcar morena	Sustituto
Muy malo	0	2	3	1
Malo	1	7	3	6
Regular	4	17	3	7
Bueno	10	6	1	7
Muy Bueno	12	1	3	6

Fuente: elaboración propia, 2022.

Los que tienen mejores percepciones utilizan sustituto o no utilizan azúcar.

*Tabla N 23. Percepción a largo plazo de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso, según uso consumo de leguminosas*

Satisfacción a corto plazo	Consumo de leguminosas		
	Si	No	No indica
Muy malo	4	1	0
Malo	9	0	0
Regular	36	0	0
Bueno	20	0	1
Muy bueno	29	0	0

Fuente: elaboración propia, 2022.

En este caso los que tienen una mejor percepción son los que si consumen leguminosas.

*Tabla N 24. Percepción a largo plazo de los resultados en el uso métodos dieto terapéuticos para la pérdida de peso, según uso consumo de leguminosas*

Satisfacción a largo plazo	Métodos para pérdida de peso utilizados los últimos 12 meses				
	Ayuno intermitente	Dieta cetogenica o Keto	Dieta cetogenica o Keto combinada con ayuno intermitente o plan de alimentación que incluye todos los grupos de alimentos	Plan de alimentación que incluye todos los grupos de alimentos	Últimamente ninguno
Muy bueno	1	2	2	17	0
Malo	4	2	4	7	0
Regular	3	1	3	23	1
Bueno	10	1	0	13	0
Muy malo	0	1	2	3	0

Fuente: elaboración propia, 2022.

Los que tienen mejores percepciones utilizan plan de alimentación que incluían todos los alimentos.

## **CAPÍTULO V: DISCUSION E INTERPRETACION DE RESULTADOS**

## **5.1 DISCUSIÓN, COMPARACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En el presente capítulo se detalla el diagnóstico de la situación de los hogares encontrada con la investigación y se realiza la comparación de variables estudiadas.

### **5.1.1 Características sociodemográficas**

Al aplicar el cuestionario a las mujeres residentes de la provincia de Heredia se encuentra que la mayoría se encuentra en un rango de edad entre los 45 y 50 años, seguido del grupo entre los 24 y 29 años, según el estado civil la mayoría son casadas, seguidas de las solteras, solo 10 divorciadas y ninguna viuda. La mayoría se encuentra en un nivel de escolaridad de universidad completa y según la ocupación la mayoría es asalariada.

La insatisfacción corporal en personas con sobrepeso-obesidad, ha sido estudiada por su relación con conductas alimentarias de riesgo, y especialmente entre mujeres jóvenes, adolescentes y adultas, así como también, en relación a riesgos de desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria. (Díaz-Castrillón et al., 2019)

### **5.1.2 Hábitos de consumo alimentario**

Con respecto a los hábitos de consumo alimentario recolectados en el cuestionario, se determina que las mujeres realizan ellas mismas la comida o una empleada doméstica cocina, lo que les brinda un mayor control de lo que se va a comer, así mismo que realizan seis tiempos de comida o más, siendo la mayoría el desayuno, la merienda de la mañana, el almuerzo, la merienda de la tarde y la cena, y en menor porción la colación nocturna. Estos resultados se respaldan con un

análisis realizado a la población urbana costarricense donde indica los mismos tiempos de comida entre la localidad. (Guevara-Villalobos et al., 2019)

Distintos estudios señalan que los cambios en la conducta alimentaria, incluyendo una mayor dependencia de los alimentos preparados y las comidas rápidas, la falta de acceso a las frutas y verduras, el aumento en el tamaño de las porciones, el tipo de composición y la calidad de los alimentos, incremento en el consumo de comida chatarra, dulces y refrescos, así como tener ayunos prolongados, también contribuyen a la obesidad. (Roig Vila & Roig Vila, 2020)

Se determina que la mayoría de las mujeres incluyen todos los grupos de alimentos en su método para pérdida de peso, sin embargo, muy pocas utilizan azúcar siendo esta, de mesa o sustituto, de la misma manera se conoce que el método de cocción más utilizado es al vapor, hervido y frito. Debido al conocimiento que se tiene del proceso de los azúcares adicionados en el cuerpo y de las patologías asociadas al exceso de consumo de azúcar, es uno de los primeros grupos de alimentos que se omiten en un plan de alimentación o estrategia para pérdida de peso. Un alto consumo de pescado, frutas y verduras y alimentos ricos en fibra está asociado con una mejor salud auto percibida. (Cabezas Zabala et al., 2016)

Otras investigaciones señalan que al comparar los hábitos de alimentación por sexos se encontró que las mujeres presentaron significativamente mayor frecuencia de “picar alimentos” y de “comer hasta sentirse incómodo”, lo cual indica que las mujeres al dedicarse al hogar y pasar más tiempo en casa y preparar los alimentos o el hecho de salir a trabajar y regresar cansadas desarrollan ambas conductas. Por lo tanto, se observa que es importante que el tratamiento de estos pacientes incluya técnicas de evaluación y modificación de conducta encaminado a estos hábitos ya que han mostrado ser parte de la etiología y mantenimiento del sobrepeso y la obesidad. (Reséndiz Barragán et al., 2015)

En general existe evidencia de que los estilos de vida condicionan un mayor nivel de salud, y dentro de los hábitos saludables una alimentación equilibrada es fundamental y ayuda a prevenir gran número de enfermedades. Existen múltiples estudios que relacionan la dieta equilibrada con la salud, si bien actualmente es controvertida la relación entre hábitos alimentarios y autopercepción de salud. (Blázquez Abellán et al., 2016)

### **5.1.3 Tiempo de exposición a un método para pérdida de peso**

En cuanto al tiempo de exposición que tuvieron las mujeres al método para pérdida de peso, se encuentra que la mitad de la muestra estuvo en el régimen de pérdida de peso por 3 meses o menos, mientras que la otra mitad se mantuvo en el régimen por 4 meses o más. La cantidad de tiempo que se sostenga un método para pérdida de peso va a variar según la velocidad en que se vean los resultados, a mayor velocidad de pérdida de peso más se prolonga el tiempo de mantener la dieta, mientras que si la pérdida de peso es muy lenta se mantiene la dieta por menos tiempo. Distintos estudios revelan que en las primeras semanas de una dieta es donde se da la mayor pérdida de peso, lo que motiva a las personas a sostenerlo por algún tiempo.

Durante un estudio realizado donde se utilizaron programas llamados Low Calorie Diet en su fase inicial de 14 semanas revela que se produjo una pérdida media del 9,3 % del valor inicial del peso, de esta manera los participantes lograron mejoras estadísticamente significativas en el total de las puntuaciones, así como las distintas escalas de función física, vida sexual, autoestima y trabajo. (Pearl et al., 2018)

El abandono temprano a cualquier método para pérdida de peso se debe principalmente a la falta de determinación por parte del individuo, falta de motivación y falta de apoyo, entre otros.

Los datos cualitativos de varios estudios, surgieron cuatro temas principales con respecto a los factores que promovieron la pérdida de peso exitosa: motivación, oportunidad, flexibilidad y creatividad. Los participantes de estos estudios discutieron la importancia de la motivación continua para que la pérdida de peso sea exitosa por parte de los más allegados. Las motivaciones estaban relacionadas con la salud, la apariencia, la calidad de vida, familia, algunas participantes también discutieron que cambiaron sus propios hábitos alimenticios para actuar como modelos más saludables para sus hijos. (Banerjee et al., 2018)

#### **5.1.4 Percepción de los resultados al método de pérdida de peso**

De acuerdo con la percepción de los resultados por parte de las encuestadas se determina que el nivel de satisfacción a corto plazo (primer semestre) 48 mujeres dijeron estar satisfechas o muy satisfechas, mientras que 34 mujeres se mantuvieron neutrales y 14 dijeron estar insatisfechas.

En un esfuerzo por prevenir un mayor aumento del sobrepeso y obesidad, muchos estudios han investigado la pérdida de peso ideal y estrategias para bajar de peso. Se ha demostrado que una pérdida de peso del 5% mejora los resultados de salud y actualmente es un objetivo estándar en intervenciones de pérdida de peso. Sin embargo, la dieta, el ejercicio, las estrategias conductuales y farmacológicas para la pérdida de peso han indicado que la pérdida de peso máxima se logra a los 6 meses con la mayoría de las personas recuperando peso a partir de entonces. (Varkevisser et al., 2019)

En contraste con el patrón esperado de pérdida de peso seguido de un período de mantenimiento y luego un cambio posterior a la recuperación de peso, los resultados de distintos estudios demostraron que el patrón de cambio de peso para adultos con obesidad que participaron en un

estudio conductual basado en Internet de 12 semanas con un programa de pérdida de peso, incluía un período de pérdida de peso seguido de un período de recuperación de peso, que luego hizo la transición a una tasa más lenta de recuperación. (Ross et al., 2018)

Con respecto al nivel de satisfacción a largo plazo (segundo semestre) 44 mujeres indicaron estar satisfechas o muy satisfechas, 30 se mantuvieron neutras y 22 dijeron estar insatisfechas. Se puede observar que disminuye el número de mujeres satisfechas con el resultado a largo plazo y que aumenta el número de mujeres insatisfechas a largo plazo.

Las intervenciones conductuales de control de peso producen consistentemente pérdidas de peso de 7 a 10 % del peso corporal inicial durante el tratamiento inicial (normalmente de 4 a 6 meses) en adultos con sobrepeso y obesidad; sin embargo, el mantenimiento exitoso de la pérdida de peso después del final de la intervención sigue siendo un desafío. Si bien, algunas personas pueden mantener con éxito sus pérdidas de peso, los datos recopilados en visitas de seguimiento a más largo plazo demuestran que los participantes, en promedio, tienden a recuperar de un tercio a la mitad del peso perdido dentro de un año del final del tratamiento. (Ross et al., 2018)

Wing y Phelan informaron en particular que aproximadamente el 20% de las personas con sobrepeso tienen éxito a largo plazo de la pérdida de peso. Además, una revisión sistemática realizada por Dombrowski et al. en 2014 se demostró de manera prometedora que intervenciones de mantenimiento de la pérdida de peso utilizando estrategias de la modificación del comportamiento y estilo de vida fue moderadamente eficaz en el mantenimiento de la pérdida de peso hasta 24 meses. Estos estudios ilustran que se puede lograr la pérdida de peso a largo plazo y la importancia de las intervenciones periódicas para aumentar la tasa de éxito. (Varkevisser et al., 2019)

Así mismo se determina en la encuesta realizada que 49 mujeres abandonaron el tratamiento para pérdida de peso por falta de motivación, 32 mujeres abandonaron por factores económicos, 17 mujeres abandonaron porque no obtuvieron el resultado esperado y 15 mujeres abandonaron porque percibieron que la alimentación era poco variada.

Las intervenciones que se enfocan en cambiar los hábitos alimentarios y aumentar la actividad física diaria para promover un estilo de vida saludable son las mejores opciones para abordar el sobrepeso y la obesidad. Además, otros componentes de la terapia cognitivo-conductiva desde la perspectiva conductual y psicológica han mostrado ser relevantes para ser incluidos en intervenciones dirigidas al sobrepeso y la obesidad con el fin de mejorar su efectividad y promover el mantenimiento de los resultados obtenidos. El contacto prolongado entre el paciente y el terapeuta brinda la oportunidad de reforzar las habilidades conductuales, apoyar la resolución de problemas y brindar responsabilidad y motivación continuas, y parece ser la clave para disminuir la recuperación de peso. (Rodríguez-Cristobal et al., 2017)

Se alcanza a observar en una investigación del 2017 un estudio donde se dividieron dos grupos de individuos para una intervención de pérdida de peso, un grupo trabaja solo y el otro se mantiene siempre acompañado y motivado, los resultados demuestran que, en el primer año, los participantes del grupo de control solos perdieron una media de 1,3 kg, mientras que los del grupo de intervención motivacional perdieron una media de 1,8 kg. En el segundo año los pacientes del grupo control solos presentaron una pérdida de 1 Kg mientras que la reducción en el grupo Intervencionista Motivacional fue de 2,5 Kg, esta diferencia fue estadísticamente significativa. (Rodríguez-Cristobal et al., 2017)

Así mismo, se han asociado los problemas alimentarios con problemas del ánimo, relacionando así la influencia de las emociones con la ingesta alimentaria; lo que algunos autores han llamado

ingesta emocional. En Chile, un estudio con una muestra de jóvenes de población general describe que las mujeres tienden a presentar mayor ingesta emocional. De acuerdo a los resultados de este estudio se puede plantear que las mujeres jóvenes presentan diferentes grados de distorsión en la percepción de sus cuerpos, independiente de si están con normo peso u obesidad. Sería relevante evaluar no sólo la representación del cuerpo sino la vivencia corporal de mujeres que presentan obesidad, porque en ella, aunque de manera momentánea se producen contradicciones entre lo que ven y sienten de sus propios cuerpos, como la consciencia de estas contradicciones es no permanece en el tiempo esto puede fomentar la negación de la obesidad y su mantención. (Tronieri et al., 2018)

#### **5.1.5 Método utilizado para la pérdida de peso**

De acuerdo con el método utilizado para pérdida de peso entre las encuestadas se determina que la mayoría utilizo el plan de alimentación que incluye todos los grupos de alimentos con control de porciones, de estas solo un 42% asistieron con una nutricionista, las demás aseguraron hacerlo solas sin asesoría de un profesional de la salud, 22 mujeres dicen utilizar el ayuno intermitente y 17 dijeron utilizar la dieta cetogenica, mientras que una minoría han utilizado fármacos para pérdida de peso y suplementos de venta libre.

Es evidente, y cada día tiene una mayor base científica, que los estilos de vida, y los patrones de alimentación, tienen una influencia clave en el mantenimiento de la salud y en la prevención de enfermedades no transmisibles. Uno de los principios centrales de las estrategias de prevención de la ganancia de peso y la obesidad es la restricción de la ingesta de energía. Las dietas restringidas en energía son comúnmente prescritas por dietistas y profesionales de la

salud como tratamiento de primera línea para la obesidad y recomendadas por la mayoría de las sociedades científicas y guías dietéticas. En general, estas dietas siguen la regla de oro de la disminución de la ingesta diaria de energía en unas 500 calorías se traduciría en una pérdida de peso de alrededor de 0,5 kg por semana y alrededor de 2 kg por mes. (Hwalla & Jaafar, 2020)

Ante la preocupación a nivel mundial del creciente sobre peso y obesidad, tanto los gobiernos como las personas han acogido distintos métodos para pérdida de peso, que van desde dietas muy restrictivas en calorías, como dietas que incluyen fármacos o suplementos. Los medios de comunicación tienen un gran impacto en la elección de las dietas que se encuentran en tendencia, estudios señalan que la población tiene una percepción de la palabra “saludable” distorsionada por el contenido que reciben de los medios, donde, a pesar de que hay más información con respecto a la nutrición, las contrariedades entre profesionales crean confusión, ya que al haber más información no debería de seguir en aumento el sobre peso y la obesidad. (Lusk, 2019)

La pérdida de peso depende de muchos factores entre estos la genética, las enfermedades no transmisibles, la edad, el sexo, incluso las horas de sueño, estudios previos han proporcionado un vínculo causal entre la corta duración del sueño y la mala calidad del sueño con consecuencias metabólicas patológicas debido a la interrupción de los ritmos circadianos y al aumento de los niveles de adiposidad. (Jurado-Fasoli et al., 2020)

Cabe destacar que en norte América y centro América existen más de 15 métodos para pérdida de peso, a pesar de esto, muchos estudios han señalado que entre estos métodos las diferencias son mínimas y que no existe alguno que sobresalga en sobre manera de los otros. Cada dieta ha demostrado que se puede utilizar en pacientes específicos con necesidades especiales y que eso no la hace una mejor dieta sobre las otras, porque depende de cada individuo. (Ge et al., 2020)

Las dietas altas en proteínas, bajas en carbohidratos y bajas en grasas son las más utilizadas y las que demuestran más eficacia para la pérdida de peso, tienen beneficios como reducir los niveles de colesterol en sangre, mejorar los niveles de glucosa, incrementan la oxidación de las grasas, entre otros, sin embargo, entre sus desventajas están la poca saciedad, el bajo consumo de fibra dietética, y los posibles efectos rebote. Por otra parte, el ayuno intermitente, uno de los métodos para pérdida de peso más utilizados actualmente dice mejorar los marcadores metabólicos e induce a la cetogénesis, sin embargo, entre sus desventajas esta la baja calidad de la dieta, así como los pocos estudios existentes de su eficacia.

Así mismo, la dieta mediterránea tiene muchos beneficios, esta es una forma de alimentación basada en las cocinas tradicionales de Grecia, Italia y otros países que bordean el mar Mediterráneo, los alimentos de origen vegetal, como cereales integrales, verduras, legumbres, frutas, frutos secos, semillas, hierbas y especias, son la base de la dieta. El aceite de oliva es la principal fuente de grasa agregada, se incluyen con moderación el pescado, los mariscos, los lácteos y la carne de aves. Por el contrario, la carne roja y los dulces solo se comen ocasionalmente, tiene menos carnes y carbohidratos que una dieta estadounidense típica. También tiene más alimentos a base de vegetales y grasa mono insaturada. Seguir la dieta mediterránea puede llevar a niveles de azúcar en sangre más estables, colesterol y triglicéridos más bajos y a un riesgo menor de desarrollar enfermedades cardíacas y otros problemas de salud, sin embargo es una de las menos utilizadas. (Pagliai et al., 2018)

#### **5.1.5.1 Ayuno intermitente**

De acuerdo con esta investigación, solo 22 mujeres dijeron haber puesto en práctica el ayuno intermitente, este método para pérdida de peso ha recibido recientemente una gran popularidad en el manejo de la obesidad tanto en la comunidad científica como en los medios de

comunicación. Por lo general, implica la restricción parcial o completa de la ingesta de energía durante períodos de tiempo predeterminados (p. ej., ayuno de tiempo restringido, ayuno en días alternos), mientras que permite la ingesta de alimentos en todos los demás momentos. La premisa básica del ayuno intermitente es la alteración de las secreciones hormonales y las vías metabólicas que conducen a mejoras en los marcadores metabólicos como la sensibilidad a la insulina, la presión arterial, la glucosa en sangre, el perfil lipídico y los mediadores inflamatorios, entre otros. Se cree que los mecanismos que vinculan el ayuno con los cambios metabólicos incluyen efectos sobre el ritmo circadiano, alteración en la composición y actividad del microbioma intestinal y cambios en los comportamientos del estilo de vida. (Hwalla & Jaafar, 2020)

En términos de composición corporal, un estudio demostró que el ayuno intermitente reduce el peso corporal, la masa grasa, la circunferencia de la cintura y la presión arterial. Los mismos autores afirmaron que los efectos metabólicos del ayuno intermitente incluyen reducciones de colesterol total, LDL y triglicéridos. (Alhamdan et al., 2016)

La restricción calórica independientemente de su efecto sobre la pérdida de peso podría mejorar la sensibilidad a la insulina. Por tanto, el método de restricción calórica utilizado en el ayuno intermitente, en el que la restricción calórica es más severa en determinados días de la semana, puede tener un efecto mejorado sobre la hipertrigliceridemia y la resistencia a la insulina. Los resultados de distintos estudios demostraron que tres días a la semana de restricción calórica intermitente es comparable a una dieta de restricción energética continua para la reducción del nivel de triglicéridos en plasma y pareció ser más eficaz que la dieta continua para mejorar un marcador de resistencia a la insulina en este grupo de participantes. (Maroofi & Nasrollahzadeh, 2020)

### *5.1.5.2 Dieta cetogenica*

De acuerdo con esta investigación 17 mujeres dijeron poner en practica la dieta cetogenica, dieta que en nuestro país es relativamente nueva y que ha ganado fama a nivel mundial. La verdadera dieta cetogénica contiene del 75 % al 90 % de calorías provenientes de grasas, el 10 % de proteínas y el 5 % de carbohidratos.

La dieta cetogénica se diseñó originalmente para su implementación bajo supervisión médica para tratar la epilepsia refractaria en bebés y niños, es una dieta rica en grasas, baja en carbohidratos y moderada en proteínas que produce cambios metabólicos similares a los que se observan en un estado de inanición. Estos cambios incluyen niveles elevados de ácidos grasos libres y cetonas séricas y niveles reducidos de insulina, glucosa y glucagón. La teoría es que los cuerpos cetónicos son anticonvulsivos cuando cruzan la barrera hematoencefálica. (Sampaio, 2016)

Sin embargo, en los últimos años, la dieta cetogénica ha pasado de ser una herramienta médicamente controlada para tratar la epilepsia a convertirse en una interpretación convencional del plan dietético bajo en carbohidratos que se usa para inducir la pérdida de peso. Se ha demostrado que las personas que siguen estas dietas pierden y mantienen más peso que las que siguen dietas bajas en grasas. La capacidad de lograr y mantener la reducción de peso para personas con sobrepeso u obesidad reduce el riesgo cardiometabólico. A pesar de estos beneficios de la dieta cetogénica, no está completamente libre de riesgos, en particular, tiene el potencial de aumentar los niveles de colesterol en la sangre e inducir elevaciones en las enzimas hepáticas. (Anekwe et al., 2020)

Hace algunos años existen evidencias sobre la importancia en la rapidez de pérdida de peso, ya que el tiempo de respuesta no solo demuestra interés en la adherencia al tratamiento y los resultados a corto plazo, sino que también podría tenerlo en los resultados a largo plazo. De este modo, dietas muy bajas en calorías como la cetogénica realizadas bajo control médico, han demostrado ser una herramienta eficaz para conseguir una rápida pérdida de peso, y brindan una mejor adherencia y mejores resultados a corto y largo plazo. (Guzmán et al., 2020)

Las dietas cetogénicas pueden ser efectivas en la reducción de la masa grasa, además de mejorar los componentes lipídicos en sangre, pero lo más importante es que un gran número de estudios han informado sobre sus beneficios en el mantenimiento de la masa muscular. Estas dietas pueden ser efectivas en la reducción de la masa grasa, además de mejorar los componentes lipídicos en sangre, pero lo más importante es que un gran número de estudios han informado sobre sus beneficios en el mantenimiento de la masa muscular. En el estudio de Sartor y cols, se pudo apreciar cómo la pérdida de peso era menor en los individuos que realizaron la dieta cetogénica junto con entrenamiento, esto es debido a que hubo un aumento de la masa muscular mientras que la masa grasa disminuyó, al contrario de lo que pasa con los sujetos que solo realizan la dieta, que perdieron masa muscular. Esto quiere decir que el ejercicio tiene un papel muy importante para el mantenimiento del músculo. (Martín-Moraleda et al., 2019)

Si bien la magnitud de la pérdida de peso inicial es mayor con dietas muy bajas en calorías (800 kcal), los estudios han demostrado que puede aumentar el riesgo de dolor de cabeza, fatiga, mareos, pérdida de cabello, estreñimiento y deshidratación. Además, estas dietas se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar cálculos biliares; un estudio mostró que después de 8 semanas de dietas muy bajas en calorías, el 25% de los pacientes desarrollaron cálculos biliares y el 6% requirió colecistectomía. (Alhamdan et al., 2016)

Un riesgo potencial de la dieta cetogénica es un aumento de colesterol LDL y enzimas hepáticas. En particular, en roedores, se ha descrito el desarrollo de la enfermedad del hígado graso no alcohólico y la resistencia a la insulina. Dependiendo de la respuesta de un individuo a la dieta, los beneficios de un control glicémico mejorado pueden superar los riesgos potenciales de un LDL elevado. Una forma de mitigar los efectos negativos de la dieta sobre el colesterol LDL es reemplazar las grasas saturadas de origen animal con grasas poliinsaturadas que se encuentran en los aguacates, nueces, semillas, coco y aceite de oliva. (Anekwe et al., 2020)

### **5.1.5.3 Todos los grupos de alimentos con control de porciones**

De acuerdo con la investigación, 60 mujeres dijeron poner en práctica el método de pérdida de peso que incluye todos los grupos de alimentos con control de porciones, de estas mujeres solo un 42% indico llevar este método con una nutricionista, lo que deja la inquietud si el 58% de las mujeres que llevaron el control solas (la mayoría) lo hicieron con las porciones y calorías correctas.

El aumento de la prevalencia de la obesidad se ha producido en paralelo con aumentos en el tamaño de las porciones de alimentos. Así, muchos estudios han demostrado que ofrecer a las personas porciones más grandes conduce a aumentos importantes y sostenidos en la ingesta de energía, estos datos demuestran que la disponibilidad de porciones grandes puede anular la regulación del balance energético y podría tener efectos que promuevan la obesidad. Las pautas dietéticas recomiendan el control de porciones para ayudar a limitar la ingesta de energía, pero se sabe poco sobre la eficacia de las diferentes estrategias de control de porciones para controlar el peso. (Rolls et al., 2017)

Las recomendaciones para bajar de peso a menudo aconsejan reducir la ingesta de energía simplemente comiendo menos. Investigaciones recientes indican que estos consejos deben incluir la influencia de la densidad de energía en las cantidades que se pueden consumir. Al restringir la ingesta de energía, las personas pueden comer su cantidad habitual de alimentos consumiendo porciones más grandes de alimentos de baja densidad energética (verduras, frutas, proteínas magras) mientras limitan las porciones de alimentos de mayor densidad energética (altos en grasas, bajos en agua). El uso de herramientas como balanzas de alimentos y medidas domésticas podría mejorar la implementación de las recomendaciones. Sorprendentemente, pocos estudios han examinado si el uso de herramientas de control de porciones se mantiene en el tiempo y si facilitan el control del peso; sin embargo, se han encontrado resultados prometedores usando platos que indican las proporciones adecuadas de los componentes de la comida. (Ptomey et al., 2016)

Los estudios muestran que, así como la disponibilidad de porciones grandes conduce al consumo excesivo, el uso de alimentos pre-portionados ayuda a limitar la ingesta de energía y promueve la pérdida de peso, varios estudios encontraron que proporcionar platos principales con porciones controladas dos veces al día durante las 8 a 12 semanas de duración del ensayo condujo a una mayor pérdida de peso que una dieta autoseleccionada. (Rolls et al., 2017)

Cuando se trata la obesidad, se implementan programas de dieta para bajar de peso, y se recomienda que una pérdida lenta pero sostenida es mucho mejor para evitar el efecto rebote y esto se puede respaldar aumentando en general la frecuencia de las comidas bien porcionadas. Comer poco y con frecuencia evita los episodios de alimentación no planificados o atracones, así mismo, reduce la cantidad de alimentos ingeridos en la próxima comida evitando el hambre y el efecto termogénico de los alimentos después de cada comida, sin embargo, este método

para pérdida de peso por su lentitud es el que abandonan con más frecuencia y lo pone en desventaja ante otros métodos para pérdida de peso con resultados más rápidos. (Yildiran et al., 2019)

#### **5.1.5.4 Suplementos y fármacos**

De acuerdo con esta investigación, aproximadamente el 7% de las mujeres participantes (la minoría) dijeron usar fármacos o suplementos de venta libre para la pérdida de peso.

Los llamados súper alimentos y suplementos alimenticios han ganado mucha popularidad en los últimos años, por la percepción generalizada de que las sustancias naturales pueden ser sinónimo de salud y equilibrio. A pesar de que esto es parcialmente falso, dados los muchos eventos adversos que pueden derivarse de la ingestión de compuestos naturales, es cierto que muchos de los suplementos dietéticos que se comercializan actualmente carecen prácticamente de efectos secundarios importantes. (Watanabe et al., 2020)

Los suplementos alimenticios actualmente disponibles presentan varios supuestos mecanismos de acción, como la mejora del metabolismo de los carbohidratos, el aumento de la lipólisis o el gasto de energía y la reducción del hambre, es probable que muchos de estos suplementos presentados ejerzan un efecto antiobesogénico en ausencia de eventos adversos significativos. Sin embargo, nada de esto es capaz de inducir una pérdida de peso clínicamente relevante, y los más efectivos conducen a una reducción de solo 2 kg, además ciertos estudios sugieren que el uso de medicamentos obesogénicos está asociado con un mal resultado de pérdida de peso. (Desalermos et al., 2019)

Además, en otros estudios se refleja que el resultado de la pérdida de peso fue inferior para los pacientes con una comorbilidad específica que usaban medicamentos obesogénicos en comparación con los pacientes con la misma comorbilidad que no tomaban estos medicamentos, así mismo, se mostró que los pacientes que tomaban cualquier medicamento obesogénico tenían un 37 % menos de probabilidades de tener una pérdida de peso clínicamente significativa al final del programa de 8 semanas. Solo en el 2014, los pacientes gastaron aproximadamente \$2500 millones en suplementos y fármacos para pérdida de peso comerciales o patentados, y los estudios sugieren que las tasas de éxito pueden verse afectadas por un factor que no se consideró anteriormente; el uso de medicamentos obesogénicos prescritos. (Desalermos et al., 2019)

## **5.2 RELACIÓN BIVARIADA DE LOS RESULTADOS**

En este apartado de la investigación, se muestran los resultados del análisis estadístico que se aplica para relacionar las variables de hábitos de consumo, tiempo de exposición y percepción de los resultados.

### **5.2.1 Hábitos de consumo y tiempo de exposición**

Según los datos obtenidos y demostrados en la tabla 13 se determina que existe una relación significativa entre el consumo de azúcar y el tiempo de exposición al plan alimenticio. Se observa que las participantes que no utilizan ningún tipo de azúcar se mantienen por más tiempo en el plan de alimentación, mientras que las participantes que si utilizan azúcar se mantienen por un periodo de 1 a 3 meses en los métodos para pérdida de peso.

En la edad adulta joven (de 18 a 30 años) se marca el período de transición entre la adolescencia y la edad adulta, esta es una etapa de la vida sensible, ya que los adultos jóvenes desarrollan nuevas habilidades hacia su independencia, pero se sigue siendo vulnerable debido a la falta de experiencia en la vida. En esta etapa de transición es el momento fundamental para intervenir y promover opciones de alimentos saludables, en estos rangos de edad se encuentran los mayores consumidores de bebidas azucaradas y comida rápida, y tienen un bajo consumo de frutas y verduras. (Rounsefell et al., 2020)

Las necesidades nutricionales de cada individuo van a depender de la edad, el sexo, la actividad, entre otros, así, cada una de las diferentes etapas de la vida presenta requerimientos nutricionales específicos, por ejemplo, expertos aseguran que mujeres entre los 18 y 50 años requieren una dieta rica en hierro debido a las pérdidas que se presentan durante el ciclo menstrual. Debido a esto cada dieta se debe de ajustar a la edad y a las exigencias orgánicas y ambientales de cada paciente. De acuerdo con la guía de nutrición de la familia de la FAO los requerimientos nutricionales de cada miembro de la familia son diferentes, así existan varios adultos en el mismo núcleo familiar. (Roig Vila & Roig Vila, 2020)

En cuanto a los azúcares se conoce que aportan 4kcal/g y que se encuentran disponibles en productos como bebidas azucaradas, golosinas, cereales para desayuno, bizcochos, dulces, entre otros. El consumo elevado de azúcares se asocia con sobrepeso, obesidad, alteraciones hepáticas, desórdenes del comportamiento, diabetes, hiperlipidemia y caries dental. (Cabezas-Zabala et al., 2016)

De acuerdo con el Dr. Douglas Bettcher, Director del Departamento de Prevención de Enfermedades No Transmisibles de la OMS, “la ingesta de azúcares libres, entre ellos los

contenidos en productos como las bebidas azucaradas, es uno de los principales factores que está dando lugar a un aumento de la obesidad y la diabetes en el mundo. Si los gobiernos gravan productos como las bebidas azucaradas pueden evitar el sufrimiento de muchas personas y salvar vidas. Además, se reduciría el gasto sanitario y aumentarían los ingresos fiscales, que se podrían invertir en los servicios de salud". (*La OMS recomienda aplicar medidas en todo el mundo para reducir el consumo de bebidas azucaradas y sus consecuencias para la salud*, n.d.)

De acuerdo con las estadísticas mundiales de 2014, más de uno de cada tres (el 39%) de los adultos de 18 años o más tenía sobrepeso. La prevalencia mundial de la obesidad se duplicó con creces entre 1980 y 2014 y, en ese año, el 11% de los varones y el 15% de las mujeres (más de medio billón de adultos) eran obesos.

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendaron en el 2002 que el consumo de azúcares adicionados sea menos de 10% del valor calórico total; sin embargo, las nuevas recomendaciones para 2014 indican que los valores calóricos totales pueden ser de 5%. La Food and Nutrition Board/Institute of Medicine (FNB/IOM) recomienda que estos azúcares sean menos de 25% y las Recomendaciones de Ingesta Diaria (DRI) definen un consumo máximo (UL por su sigla en inglés Upper Level) no mayor de 25% equivalente a 125g o 25 cucharaditas de azúcar al día. (Cabezas-Zabala et al., 2016)

La Asociación Americana del Corazón (AHA por sus siglas en inglés) recomienda: 1) no más de seis cucharaditas o 100 calorías de azúcar para las mujeres, 2) no más de nueve cucharaditas o 150 calorías de azúcar para los hombres y 3) limitar el consumo de bebidas azucaradas a 36 onzas o 450 calorías por semana. En Canadá se fijó un consumo máximo de azúcares

adicionados de 25% o menos de la energía para los adultos y los niños. (Cabezas-Zabala et al., 2016)

### **5.2.2 Hábitos de consumo y percepción de resultados**

De acuerdo con los resultados de la relación entre hábitos de consumo y percepción de resultados demostrado en la tabla 16, existe suficiente evidencia estadística para determinar diferencias en la percepción a corto plazo según el tipo de azúcar utilizado, el consumo de leguminosas, el método de cocción preferido y el método para pérdida de peso en las participantes. Así mismo, con respecto a la percepción a largo plazo existen diferencias según el uso de azúcar, consumo de leguminosas y el método para pérdida de peso más utilizado entre las participantes.

En los últimos años, la apariencia física ha adquirido fundamental importancia por su asociación con trastornos alimentarios y por la relevancia que tiene entre las mujeres adolescentes y jóvenes, algunos autores han concluido que los estilos de vida saludables, como una buena alimentación y la actividad física repercuten favorablemente en el estado de bienestar general. Existe evidencia de que los estilos de vida saludables condicionan un mayor nivel de salud, y dentro de los hábitos saludables una alimentación equilibrada es fundamental y ayuda a prevenir gran número de enfermedades, además de que favorecen a la percepción corporal de las personas. (Blázquez Abellán et al., 2016)

Las personas con sobrepeso u obesidad tienden a tener mayor preocupación por su peso, la influencia de los comentarios de quienes las rodean con respecto a su físico les favorece a llevar conductas alimentarias alteradas, como dietas desesperadas o restricción alimentaria en general, la sobre ingesta en respuesta a estados emocionales intensos aparecen con mayor frecuencia en

mujeres jóvenes con obesidad, y con alta valoración por la delgadez. (Díaz-Castrillón et al., 2019)

La percepción errónea del peso se define como la discordancia entre el peso real de un individuo y la percepción de su estado de peso. De este modo la percepción del peso y la percepción errónea pueden influir en los comportamientos saludables o no saludables que las personas adoptan. Se ha podido estimar que hay un mayor riesgo de obesidad en las mujeres de 19 a 64 años comparadas con sus pares masculinos, y que éste es aún mayor en las mujeres de nivel socioeconómico medio y medio bajo. La autopercepción del peso y de la forma física, razones estéticas para hacer dieta, pesarse como método para sentirse mejor y la percepción de la imagen corporal se han relacionado con una constelación de riesgos para desarrollar tanto insatisfacción corporal como alteraciones alimentarias. (Jáuregui-Lobera et al., 2018)

La percepción en una persona tiene que ver con "una valoración que el individuo hace a partir de la información sensorial que ha adquirido, al ver y escuchar los patrones significativos forjados en la infancia, desde los cultural y social". Se relaciona con sentimientos y apreciaciones del mundo interno y externo del individuo, la percepción que una persona tiene sobre un aspecto en particular, está influenciada por la percepción social, la percepción simbólica, la percepción imaginaria y la percepción de la salud. De este modo la percepción del resultado de algún método para pérdida de peso va a influir más drásticamente según la edad, ya que las personas jóvenes al estar en el proceso de formar su identidad se ven más influenciados por los comentarios de quienes les rodean y son más exigentes con su percepción corporal. (Díaz Gutiérrez et al., 2019)

Con respecto al consumo de azúcar se puede observar en los resultados del análisis estadístico que tienen mejor percepción las participantes que no utilizan azúcar en su plan de alimentación,

esto las direcciona a un estilo de vida más saludable y que les favorece con su percepción corporal. Además, asegura el Dr. Francesco Branca, director del Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS, “el azúcar no es necesario desde el punto de vista nutricional. La OMS recomienda que, si se ingieren azúcares libres, aporten menos del 10% de las necesidades energéticas totales; además, se pueden observar mejoras en la salud si se reducen a menos del 5%. Esta proporción equivale a menos de un vaso de 250 ml de bebida azucarada al día”.

Según las participantes indican tener mejor percepción de los resultados aquellas que incluyen en su alimentación las leguminosas y proteínas. Las leguminosas son alimentos naturales de origen vegetal con una gran cantidad de diferentes nutrientes, como proteínas, minerales, fibra y antioxidantes. Destaca en las propiedades nutricionales de este alimento, aporta una fuente esencial de proteínas y aminoácidos de origen vegetal, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) propone que, debido a su elevado aporte de fibra dietética, su consumo de manera habitual contribuiría a prevenir enfermedades cardiovasculares, incluida la obesidad, la diabetes y el cáncer. Se realizó una investigación en las bases de datos PUBMED y SCIELO, entre 2013 y 2019 utilizando las siguientes palabras clave: “legumbres/frijoles”, “obesidad”, “enfermedad cardiovascular” y “síndrome metabólico”. Los artículos identificados mostraron una asociación beneficiosa entre la ingesta de legumbres y las enfermedades crónicas, el síndrome metabólico y el riesgo cardiovascular. Un resultado importante fue que el consumo regular de leguminosas contribuye a la salud cardiovascular, el control glucémico, la liberación de insulina y el control de la presión arterial. En conclusión, esta revisión destacó los beneficios directos de la ingesta regular de legumbres y la mejora de la salud metabólica y cardiovascular. (Guerrero Wyss et al., 2020)

Estudios nacionales e internacionales realizados tanto en adultos como en niños, han reportado que en la mayoría de los países industrializados y en muchos de los países en vías de desarrollo, el consumo de proteínas excede las recomendaciones establecidas internacionalmente. En los adultos, este consumo elevado de proteínas se ha acentuado aún más con las dietas de adelgazamiento que se han popularizado durante las últimas décadas a medida que la obesidad adquiere características de epidemia mundial. Diversas publicaciones muestran la desnutrición como factor clave en la pérdida de masa muscular, especialmente la desnutrición proteica, debido al papel que juegan las proteínas como elemento estructural de los diversos tejidos que conforman el organismo. Así, la baja ingesta proteica se relaciona con un deterioro de la masa muscular, la fuerza y el rendimiento físico que afecta particularmente a las personas mayores, al tratarse la etapa de la ancianidad de un periodo caracterizado generalmente por un descenso de las hormonas con potencial anabólico y un aumento de la fragilidad y la prevalencia de las enfermedades crónicas. Esto es especialmente relevante en el caso de las mujeres mayores, para las que el mantenimiento de la masa muscular y el consumo de una cantidad adecuada de proteínas tras el climaterio presenta una trascendencia vital para afrontar de manera saludable la última etapa de la vida. (Santamaría-Ulloa et al., 2021)

En cuanto al método de cocción de los alimentos, entre las participantes tuvieron mejor percepción de los resultados las que utilizan la cocción al vapor en sus preparaciones, se conoce que el uso de frituras está asociado a un incremento en el peso corporal, mientras que métodos de cocción que no utilizan grasas está asociado a un estilo de vida más saludable y favorecedor en la percepción de los resultados.

La mayoría de los alimentos contienen una auténtica "despensa de nutrientes" en su interior, sin embargo, tanto la cantidad como las características de estos se pueden ver alteradas en función

de la forma en la que se preparen y la temperatura alcanzada en su cocción. Lo mismo ocurre con otras propiedades como su mayor o menor digestibilidad, el sabor, la cantidad y el tipo de grasas que aportan, a la hora de cocinar los alimentos hay que tener en cuenta que cada técnica culinaria afecta de forma diferente a los alimentos desde el punto de vista nutricional.

La función básica y principal de la cocción de los alimentos es hacerlos digeribles, eliminar posibles bacterias presentes cuando están crudos, conseguir que resulten apetitosos y proporcionarles la temperatura más adecuada.

Básicamente, estas técnicas pueden ser de dos tipos: las que actúan por expansión, en las que se busca que los alimentos "saquen" sus jugos y para ello se les introduce en agua o caldo (guisado y estofado, al vapor, en olla presión); y las que se fundamentan en la "concentración", esto es, aquellas en las que se crea una costra que hace que los jugos internos se mantengan en el interior del alimento (fritura, plancha, asado, horneado, salteado, entre otros). (Nieto, 2014)

La cocción al vapor se trata de una de las técnicas que mejor conserva el valor nutricional de los alimentos: como no se encuentran sumergidos en ningún líquido, se limita el fenómeno de la ósmosis, y como no superan los 100 °C, el alimento conserva una gran parte de sus vitaminas y minerales. En esta técnica, que es la "abanderada" de la nutrición sana (no es vano es la más recomendada para preparar los alimentos de forma saludable), el vapor de agua caliente es el responsable de la cocción de los alimentos. Para ello, se utiliza una vaporera (recipiente tipo rejilla o en forma de malla), colador o cestillo, en el que se colocan los alimentos y que se introduce sobre otro recipiente con agua en ebullición. De esta forma, son los vapores que se desprenden al hervir el líquido, y no éste, el que cocina los alimentos de forma lenta y uniforme. Además, con esta técnica los alimentos no se secan ni se queman. Por otra parte, la cocción al

vapor hace que la fibra alimentaria resulte más digestiva. Finalmente, se trata de una técnica que no requiere de adición de grasa extra, por lo que el valor calórico final de las elaboraciones no aumenta. (Achón Tuñón et al., 2018)

Con respecto al método de pérdida de peso más utilizado entre las participantes, se demuestra que obtuvieron mejor percepción del resultado aquellas que utilizaron el plan de alimentación que incluye todos los grupos de alimentos con control de porciones.

En los últimos años, los estudios epidemiológicos sobre dieta y la salud han cambiado su orientación, antes se enfocaban hacia un único nutriente, por ejemplo, la grasa dietética, los carbohidratos, las proteínas, ahora se centran en la calidad de la dieta total y el patrón dietético. Una mejora en el estilo de vida se ha considerado una estrategia clave para reducir la tendencia a la obesidad; la dieta, como uno de los principales componentes del estilo de vida, juega un papel crucial. Se sugiere una asociación entre los diferentes componentes de la dieta, incluyendo energía, grupos de alimentos y nutrientes para mantener una adecuada alimentación. (Velasco-Estrada. et al., 2018)

Se ha demostrado en recientes estudios que la forma más efectiva y accesible para que las personas con obesidad logren una pérdida de peso del 10 % es con dietas severamente restringidas en energía, donde la ingesta de energía se restringe a menos del 35 % de los requerimientos energéticos totales. Estas dietas a menudo se implementan con ayunos o reemplazando todas o casi todas las comidas y meriendas con productos de reemplazo de comidas nutricionalmente completos (por ejemplo, batidos y barras). A corto plazo (semanas a meses), las dietas sustitutivas de comidas severamente restringidas en energía inducen pérdidas de peso promedio significativamente mayores que las dietas basadas en alimentos que implican una restricción energética moderada como el plan de alimentación que incluye todos los grupos

de alimentos con control de porciones. A largo plazo (meses a años), y contrariamente a las expectativas, las dietas severamente restringidas en energía no dan como resultado una recuperación de peso más rápida que las dietas moderadamente restringidas en energía, y de hecho resultan en mayores pérdidas de peso promedio en 3 años después de la finalización de la dieta, esto debido a que las personas se encuentran en un nivel de motivación mayor. (Seimon et al., 2020)

En recientes estudios fisiológicos en los que se han analizado el cerebro y el funcionamiento de las conexiones neuronales en distintas zonas apoyan las diferencias por sexos en el comportamiento alimentario, poniendo de manifiesto que las mujeres son más susceptibles de ser comedoras emocionales que los hombres, así mismo, se ha demostrado que las mujeres tienen una mayor presión y preocupación por la imagen corporal que los hombres incluso en ausencia de la obesidad, esto las lleva a tomar decisiones muy presionadas sobre restricciones calóricas no realistas y el seguimiento de dietas no saludables que inducen una rápida pérdida de peso pero también un acentuado efecto rebote con más ganancia de peso que al inicio de la intervención. Se conjetura que las personas obesas no tienen voluntad y son ociosas, con lo cual el éxito en el proceso de pérdida de peso se imposibilita desde el principio, algunos autores indican que son los propios obesos los que no están dispuestos a cambiar de hábitos debido a los intentos fallidos anteriores, ya sea mediante dietas o ejercicio físico. (Barragán et al., 2018)

Distintos análisis han demostrado que los métodos de pérdida de peso utilizados con mayor frecuencia (>75 % de las personas que hacen dieta) son saludables, es decir, aumentan el ejercicio, aumentan la ingesta de frutas y verduras y reducen el consumo de alimentos ricos en grasas, dulces y bebidas azucaradas. Los métodos de pérdida de peso poco saludables o extremos, como comer poca comida, saltarse las comidas y ayunar, también se usaron

comúnmente (del 37 % al 13 % de las personas que hacen dieta), otros estudios demuestran que existen mujeres que utilizan estrategias extremas de pérdida de peso, pero la prevalencia fue inferior al 5 % para cada una. La prevalencia del uso de laxantes encontrada en estos estudios (4,1 %) está en línea con investigaciones previas en estudiantes mujeres, donde se informó que oscilaba entre el 1,6 % y el 15 %. Así mismo, se encontró una prevalencia de vómitos de 3,4 % en mujeres, que también es similar a la prevalencia de uso de esta estrategia en otros grupos de personas. (Senekal et al., 2016)

Así mismo se ha demostrado la adherencia por más tiempo a métodos para pérdida de peso que demuestren su efectividad en menor tiempo, así, los métodos para pérdida de peso como la utilización de todos los grupos de alimentos y control de porciones se conocen por no tener una pérdida de peso drástica a corto plazo, pero a largo plazo es el método más sostenible en comparación a los métodos más rigurosos y restrictivos conocidos a nivel mundial. Se ha demostrado que la pérdida de peso lenta y sostenida logra mantener los resultados a largo plazo hasta por tres años y más, no así las dietas más restrictivas que están asociadas a una fase de recuperación y ganancia de peso más rápidamente, esto porque la mayoría son dietas insostenibles a largo plazo. (Pearl et al., 2018)

Las personas con obesidad generalmente logran una pérdida de peso de  $\leq 10$  % en un año con una terapia de estilo de vida que combina dieta, ejercicio y modificación del comportamiento impartida por expertos; lamentablemente, la mayoría recupera el peso perdido dentro de 3 a 5 años. Los beneficios a largo plazo con medicamentos contra la obesidad son modestos en el mejor de los casos, con menos de la mitad de los pacientes logrando una pérdida de peso  $\leq 10$ %. Esto demuestra que depende del tiempo al que se exponga la persona a la dieta así será la pérdida de peso a largo plazo. (Daigle et al., 2019)

Las exposiciones a dietas a corto plazo solo exponen a las personas a efectos rebote y a la ganancia de peso perdido más rápidamente, estudios han demostrado que una educación nutricional antes de someterse a algún método para pérdida de peso logra resultados más sostenibles a largo plazo. De acuerdo con la investigación realizada se determina que existe un menor grado de satisfacción en mujeres que realizaron la dieta los primeros tres meses, ya que se espera una pérdida de peso significativa en ese lapso, sin embargo, esto va a depender del método utilizado y del correcto abordaje al método seleccionado.

Aunque ha habido estudios que vinculan las creencias de los pacientes y la selección del tratamiento, pocos estudios han examinado el efecto de las percepciones de los pacientes sobre las expectativas del tratamiento. Existen estudios que sugieren que hay percepciones erróneas sobre el peso en una proporción considerable de mujeres, y que la autopercepción del estado del peso puede tener un mayor impacto en las conductas de control del peso que el estado real del peso. También se determina que a pesar del deseo de perder o mantener el peso, los comportamientos emprendidos para lograr estos objetivos fueron inconsistentes o poco saludables. (Tanenbaum et al., 2016)

Las percepciones de peso y la confianza en la propia capacidad para lograr un estilo de vida saludable pueden ser determinantes de la participación en intervenciones para tratar el sobrepeso y la obesidad, en esta línea, existen estudios que demuestran que las personas que han perdido peso y mantuvieron la pérdida presentan una disminución en la percepción de barreras relacionadas con el manejo de las emociones, así como una mayor percepción de la disponibilidad de apoyo social y una mejor gestión de los desafíos cotidianos y de la adopción de una dieta saludable. (Garcia-Silva et al., 2020)

También existe una relación bidireccional entre la depresión y la obesidad que se ha observado más entre las mujeres que entre los hombres y que puede afectar la confianza en cada una. Del mismo modo, es más probable que las mujeres hayan tenido intentos previos de pérdida de peso que podrían haber sido infructuosos, por lo tanto, se da una disminución de la confianza en sí mismas en la capacidad para perder peso. (DeJesus et al., 2019)

Dificultades prácticas, resultados insatisfactorios, algunas variables psicológicas (falta de motivación, expectativas poco realistas de pérdida de peso, nivel general de estrés, confianza en sí misma en la capacidad de perder peso adicional sin ayuda profesional y sensación de abandono por parte de los terapeutas) juegan un papel crucial en la decisión de los pacientes de interrumpir el tratamiento de pérdida de peso, los resultados insatisfactorios, en particular una modesta pérdida de peso inicial, son reportados por los pacientes como una de las principales razones para la interrupción del tratamiento. Una explicación de esto es que a los pacientes se les puede haber dicho previamente que son obesos y pueden haber intentado y fallado numerosos tipos de intervenciones para perder peso, los pacientes con sobrepeso en promedio quieren perder el 11 % de su peso actual, y los pacientes con obesidad quieren perder el 35 % en comparación con la meta recomendada de 2 a 5 % de pérdida del peso inicial. (Croghan et al., 2018)

El apoyo social durante el proceso para pérdida de peso es significativo para lograr cambios favorables, se han encontrado asociaciones entre el apoyo social y el estilo de vida saludable, especialmente en relación a la actividad física y a los hábitos alimentarios. El apoyo social de la familia y de los amigos se ha asociado con mejorías en la actividad física y en una alimentación saludable. Así mismo, hay hallazgos que indican que tanto la familia como los amigos alientan al igual que desalientan una alimentación saludable. (Jessen-Winge et al., 2020)

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

En la presente investigación se concluye que:

- Al comparar los hábitos de consumo alimentario, el tiempo de exposición y la percepción de los resultados en las mujeres que se sometieron a algún método para pérdida de peso factores como el consumo de azúcar, la velocidad de pérdida de peso, la auto percepción de las mujeres previo al tratamiento y la motivación tanto externa como interna son determinantes para alcanzar una pérdida de peso exitosa.
- Con respecto a las características sociodemográficas, la investigación se realiza en 96 mujeres todas residentes en Heredia con edades entre los 18 y 50 años, la mayoría casadas, con un grado académico predominantemente universidad completa y asalariadas en su mayoría.
- En los hábitos de consumo de las participantes se identifica que la mayoría preparan ellas mismas sus alimentos, se le da prioridad a los tres primeros tiempos de comida del día (desayuno, merienda de la mañana y almuerzo), la mayoría utiliza sustituto de azúcar o no utilizan azúcar en su plan de alimentación, incluyen todos los grupos de alimentos y en mayor proporción los vegetales, frutas y proteínas, el método de cocción más utilizado es al vapor.
- El tiempo de exposición a los distintos métodos para pérdida de peso varía entre 3 meses y 1 año, este lapso de tiempo. Muy pocas participantes se mantuvieron luego de un año aun en el tratamiento para la pérdida de peso. Las que se mantuvieron por más tiempo son aquellas que no utilizan azúcar en su plan de alimentación.
- De acuerdo con la percepción de los resultados a los distintos métodos para pérdida de peso se identifica que tuvieron mejor percepción aquellas que no utilizan azúcar en su

plan de alimentación, que incluye leguminosas y proteínas y las que realizan el plan de alimentación que incluye todos los grupos de alimentos.

- Según los métodos para pérdida de peso más utilizados se utiliza en la mayoría de las participantes el método para pérdida de peso que incluye todos los grupos de alimentos con control de porciones, sin embargo, muchas lo hacen según su propio criterio y no bajo supervisión de un profesional. Una minoría de participantes indicaron utilizar suplementos alimenticios y fármacos para pérdida de peso, la dieta cetogénica y el ayuno intermitente.

## RECOMENDACIONES

- ❖ Incluir en futuras investigaciones la evaluación del estado nutricional de las participantes para poder comparar esta variable con los hábitos de consumo y con los resultados obtenidos luego del aplicar el plan de alimentación de preferencia.
- ❖ Realizar un estudio comparativo entre mujeres jóvenes y mujeres en el periodo de menopausia para conocer los factores que intervienen en la pérdida de peso según avanza la edad.
- ❖ Interpretar indicadores bioquímicos que puedan afectar la pérdida de peso entre las participantes.

## REFERENCIAS

- Achón Tuñón, M., González González, M. P., Varela Moreiras, G., Achón Tuñón, M., González González, M. P., & Varela Moreiras, G. (2018). Criterios de armonía funcional entre gastronomía y salud: Una visión desde la comunidad científica. *Nutrición Hospitalaria*, 35(SPE4), 75–84. <https://doi.org/10.20960/nh.2131>
- Alhamdan, B. A., Garcia-Alvarez, A., Alzahrnai, A. H., Karanxha, J., Stretchberry, D. R., Contrera, K. J., Utria, A. F., & Cheskin, L. J. (2016). Alternate-day versus daily energy restriction diets: Which is more effective for weight loss? A systematic review and meta-analysis. *Obesity Science & Practice*, 2(3), 293–302. <https://doi.org/10.1002/osp4.52>
- Alimentación sana*. (n.d.). Retrieved February 9, 2021, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Anderson Vásquez, H. E., & Anderson Vásquez, H. E. (2020). ¿Qué dieta seleccionar en el tratamiento de la obesidad? *Anales Venezolanos de Nutrición*, 33(1), 41–50.
- Anekwe, C. V., Chandrasekaran, P., & Stanford, F. C. (2020). Ketogenic Diet-induced Elevated Cholesterol, Elevated Liver Enzymes and Potential Non-alcoholic Fatty Liver Disease. *Cureus*, 12(1), e6605. <https://doi.org/10.7759/cureus.6605>
- Bajerska, J., Chmurzynska, A., Muzsik, A., Krzyżanowska, P., Mądry, E., Malinowska, A. M., & Walkowiak, J. (2018). Weight loss and metabolic health effects from energy-restricted Mediterranean and Central-European diets in postmenopausal women: A randomized controlled trial. *Scientific Reports*, 8. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-29495-3>
- Banerjee, E. S., Herring, S. J., Hurley, K., Puskarz, K., Yebertsky, K., & LaNoue, M. (2018). Determinants of Successful Weight Loss in Low-Income African American Women: A Positive Deviance Analysis. *Journal of Primary Care & Community Health*, 9. <https://doi.org/10.1177/2150132718792136>

- Barragán, R., Rubio, L., Portolés, O., Asensio, E. M., Ortega, C., Sorlí, J. V., Corella, D., Barragán, R., Rubio, L., Portolés, O., Asensio, E. M., Ortega, C., Sorlí, J. V., & Corella, D. (2018). Estudio de investigación cualitativa sobre las diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de la obesidad, sus causas, abordaje y repercusiones para la salud. *Nutrición Hospitalaria*, 35(5), 1090–1099. <https://doi.org/10.20960/nh.1809>
- Blázquez Abellán, G., López-Torres Hidalgo, J. D., Rabanales Sotos, J., López-Torres López, J., & Val Jiménez, C. Ll. (2016). Alimentación saludable y autopercepción de salud. *Atencion Primaria*, 48(8), 535–542. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.12.001>
- Cabezas Zabala, C. C., Hernández Torres, B. C., & Vargas Zárate, M. (2016). Azúcares adicionados a los alimentos: Efectos en la salud y regulación mundial. Revisión de la literatura. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(2), 319. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.52143>
- Cabezas-Zabala, C. C., Hernández-Torres, B. C., & Vargas-Zárate, M. (2016). Azúcares adicionados a los alimentos: Efectos en la salud y regulación mundial. Revisión de la literatura. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(2), 319–329. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.52143>
- Ceballos-Macías, J. J., Pérez Negrón-Juárez, R., Flores-Real, J. A., Vargas-Sánchez, J., Ortega-Gutiérrez, G., Madriz-Prado, R., Hernández-Moreno, A., Ceballos-Macías, J. J., Pérez Negrón-Juárez, R., Flores-Real, J. A., Vargas-Sánchez, J., Ortega-Gutiérrez, G., Madriz-Prado, R., & Hernández-Moreno, A. (2018). Obesidad. Pandemia del siglo XXI. *Revista de sanidad militar*, 72(5–6), 332–338.
- Chinchilla Barrantes, N. P., Sagot Carvajal, P., Chinchilla Barrantes, N. P., & Sagot Carvajal, P. (2018). Atención y educación nutricional para los funcionarios de la Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 27(1), 42–55.
- Corrêa P, R., Cardoso de AP, M., Corrêa P, R., & Cardoso de AP, M. (2019). Dietas ketogénicas en la pérdida de peso: Una revisión sistemática bajo aspectos fisiológicos y bioquímicos de la

- nutrición. *Revista Chilena de Nutrición*, 46(5), 606–613. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182019000500606>
- Croghan, I. T., Huber, J. M., Hurt, R. T., Schroeder, D. R., Wieland, M. L., Rutten, L. J., & Ebbert, J. O. (2018). Patient perception matters in weight management. *Primary Health Care Research & Development*, 19(2), 197–204. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000585>
- Daigle, K. M., Gang, C. H., Kopping, M. F., & Gadde, K. M. (2019). Relationship between Perceptions of Obesity Causes and Weight Loss Expectations Among Adults. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 51(1), 86–90. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2018.08.015>
- DeJesus, R. S., Bauer, K. W., Bradley, D. P., Haller, I., Bradley, S. M., Schroeder, D. R., St. Sauver, J., Phelan, S. M., & Croghan, I. T. (2019). Experience and expectations of patients on weight loss: The Learning Health System Network Experience. *Obesity Science & Practice*, 5(5), 479–486. <https://doi.org/10.1002/osp4.364>
- Delfino, L. D., Tebar, W. R., Gil, F. C., De Souza, J. M., Romanzini, M., Fernandes, R. A., & Christofaro, D. G. D. (2020). Association of sedentary behaviour patterns with dietary and lifestyle habits among public school teachers: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034322>
- Desalermos, A., Russell, B., Leggett, C., Parnell, A., Ober, K., Hagerich, K., Gerlan, C., Ganji, G., Lee, E., Proudfoot, J. A., Grunvald, E., Gupta, S., Ho, S. B., & Zarrinpar, A. (2019). Effect of Obesogenic Medications on Weight-Loss Outcomes in a Behavioral Weight-Management Program. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 27(5), 716–723. <https://doi.org/10.1002/oby.22444>
- Di Renzo, L., Gualtieri, P., Pivari, F., Soldati, L., Attinà, A., Cinelli, G., Leggeri, C., Caparello, G., Barrea, L., Scerbo, F., Esposito, E., & De Lorenzo, A. (2020). Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: An Italian survey. *Journal of Translational Medicine*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02399-5>

- Díaz Gutiérrez, M. C., Bilbao y Morcelle, G. M., Unikel Santoncini, C., Muñoz Espinosa, A., Escalante Izeta, E. I., Parra Carriedo, A., Díaz Gutiérrez, M. C., Bilbao y Morcelle, G. M., Unikel Santoncini, C., Muñoz Espinosa, A., Escalante Izeta, E. I., & Parra Carriedo, A. (2019). Relación entre estatus nutricional, insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de nutrición. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, *10*(1), 53–65. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.490>
- Díaz-Castrillón, F., Cruzat-Mandich, C., Oda-Montecinos, C., Inostroza, M., Saravia, S., Lecaros, J., Díaz-Castrillón, F., Cruzat-Mandich, C., Oda-Montecinos, C., Inostroza, M., Saravia, S., & Lecaros, J. (2019). Comparación de mujeres jóvenes con obesidad y normopeso: Vivencia corporal, hábitos saludables y regulación emocional. *Revista Chilena de Nutrición*, *46*(3), 308–318. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182019000300308>
- Francis, H. M., Stevenson, R. J., Chambers, J. R., Gupta, D., Newey, B., & Lim, C. K. (2019). A brief diet intervention can reduce symptoms of depression in young adults – A randomised controlled trial. *PLoS ONE*, *14*(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222768>
- García-Silva, J., Navarrete Navarrete, N., Silva-Silva, D., Caparros-Gonzalez, R. A., Peralta-Ramírez, M. I., & Caballo, V. E. (2020). Escalas de apoyo social para los hábitos alimentarios y para el ejercicio: Propiedades psicométricas. *Revista Española de Salud Pública*, *93*, e201911063.
- Ge, L., Sadeghirad, B., Ball, G. D. C., da Costa, B. R., Hitchcock, C. L., Svendrovski, A., Kiflen, R., Quadri, K., Kwon, H. Y., Karamouzian, M., Adams-Webber, T., Ahmed, W., Damanhoury, S., Zeraatkar, D., Nikolakopoulou, A., Tsuyuki, R. T., Tian, J., Yang, K., Guyatt, G. H., & Johnston, B. C. (2020). Comparison of dietary macronutrient patterns of 14 popular named dietary programmes for weight and cardiovascular risk factor reduction in adults: Systematic review and network meta-analysis of randomised trials. *The BMJ*, *369*. <https://doi.org/10.1136/bmj.m696>

- Guerrero Wyss, L., Durán-Agüero, S., Guerrero Wyss, L., & Durán-Agüero, S. (2020). Consumo de legumbres y su relación con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Chilena de Nutrición*, 47(5), 865–869. <https://doi.org/10.4067/s0717-75182020000500865>
- Guevara-Villalobos, D., Céspedes-Vindas, C., Flores-Soto, N., Úbeda-Carrasquilla, L., Chinnock, A., Gómez, G., Guevara-Villalobos, D., Céspedes-Vindas, C., Flores-Soto, N., Úbeda-Carrasquilla, L., Chinnock, A., & Gómez, G. (2019). Hábitos alimentarios de la población urbana costarricense. *Acta Médica Costarricense*, 61(4), 152–159.
- Guillamón Escudero, C., Soriano, J. M., Diago Galmés, Á., Tenías Burillo, J. M., Fernández Garrido, J., Guillamón Escudero, C., Soriano, J. M., Diago Galmés, Á., Tenías Burillo, J. M., & Fernández Garrido, J. (2021). Ingesta proteica en mujeres posmenopáusicas residentes en la comunidad y su relación con la sarcopenia. *Nutrición Hospitalaria*, 38(6), 1209-1216. <https://doi.org/10.20960/nh.03690>
- Guzmán, G., Sajoux, I., Izaola Jáuregui, O., Aller, R., Luis, D. de, Guzmán, G., Sajoux, I., Izaola Jáuregui, O., Aller, R., & Luis, D. de. (2020). Metodología multidisciplinar y dieta cetogénica en la práctica clínica real: Eficacia y rapidez en la pérdida de peso. Análisis de supervivencia. Estudio PROMET Lipoinflamación. *Nutrición Hospitalaria*, 37(3), 497–505. <https://doi.org/10.20960/nh.02997>
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, M. (2014). *Metodologia de la investigacion* (6th ed.). Mc Graw Hill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hwalla, N., & Jaafar, Z. (2020). Dietary Management of Obesity: A Review of the Evidence. *Diagnostics*, 11(1). <https://doi.org/10.3390/diagnostics11010024>
- Jáuregui-Lobera, I., Iglesias Conde, A., Sánchez Rodríguez, J., Arispon Cid, J., Andrades Ramírez, C., Herrero Martín, G., Bolaños-Ríos, P., Jáuregui-Lobera, I., Iglesias Conde, A., Sánchez Rodríguez, J., Arispon Cid, J., Andrades Ramírez, C., Herrero Martín, G., & Bolaños-Ríos, P.

- (2018). Autopercepción del peso y forma física, percepción de la imagen corporal y conductas de control de peso y alimentarias en adolescentes. *Nutrición Hospitalaria*, 35(5), 1115–1123. <https://doi.org/10.20960/nh.1726>
- Jessen-Winge, C., Ilvig, P. M., Thilsing, T., Lee, K., Fritz, H., & Christensen, J. R. (2020). Health professionals' perceptions of weight loss programmes and recommendations for future implementation: A qualitative study. *BMJ Open*, 10(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039667>
- Jurado-Fasoli, L., Mochon-Benguigui, S., Castillo, M. J., & Amaro-Gahete, F. J. (2020). Association between sleep quality and time with energy metabolism in sedentary adults. *Scientific Reports*, 10. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-61493-2>
- La OMS recomienda aplicar medidas en todo el mundo para reducir el consumo de bebidas azucaradas y sus consecuencias para la salud.* (n.d.). Retrieved September 12, 2022, from <https://www.who.int/es/news/item/11-10-2016-who-urges-global-action-to-curtail-consumption-and-health-impacts-of-sugary-drinks>
- Lusk, J. L. (2019). Consumer beliefs about healthy foods and diets. *PLoS ONE*, 14(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223098>
- Machado, K. P., Vaz, J. dos S., Mendoza-Sassi, R. A., Machado, K. P., Vaz, J. dos S., & Mendoza-Sassi, R. A. (2019). Positive self-perception of diet: A population-based study in the far south of Brazil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 28(3). <https://doi.org/10.5123/s1679-49742019000300005>
- Maroofi, M., & Nasrollahzadeh, J. (2020). Effect of intermittent versus continuous calorie restriction on body weight and cardiometabolic risk markers in subjects with overweight or obesity and mild-to-moderate hypertriglyceridemia: A randomized trial. *Lipids in Health and Disease*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12944-020-01399-0>

- Martín-Moraleda, E., Delisle, C., Collado-Mateo, D., Aznar, S., Martín-Moraleda, E., Delisle, C., Collado-Mateo, D., & Aznar, S. (2019). Cambios en la pérdida de peso y la composición corporal con dieta cetogénica y práctica de actividad física: Revisión narrativa, metodológica y sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 36(5), 1196–1204. <https://doi.org/10.20960/nh.02604>
- Nieto, C. (2014). Técnicas de cocción: Sabor, color, textura y nutrientes a buen recaudo. *Farmacia Profesional*, 28(4), 15–19.
- Nuevo informe de Naciones Unidas desnuda la desigualdad en la distribución geográfica de la malnutrición en América Latina y el Caribe.* (n.d.). Retrieved February 9, 2021, from <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/informe-de-naciones-unidas-desnuda-la-malnutricion-en-alc>
- Pagliai, G., Sofi, F., Vannetti, F., Caiani, S., Pasquini, G., Molino Lova, R., Cecchi, F., Sorbi, S., Macchi, C., & Mugello Study Working Group. (2018). Mediterranean Diet, Food Consumption and Risk of Late-Life Depression: The Mugello Study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 22(5), 569–574. <https://doi.org/10.1007/s12603-018-1019-3>
- Pearl, R. L., Wadden, T. A., Tronieri, J. S., Berkowitz, R. I., Chao, A. M., Alamuddin, N., Leonard, S. M., Carvajal, R., Bakizada, Z. M., Pinkasavage, E., Gruber, K. A., Walsh, O. A., & Alfaris, N. (2018). Short- and Long-Term Changes in Health-Related Quality of Life with Weight Loss: Results from a Randomized Controlled Trial. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 26(6), 985–991. <https://doi.org/10.1002/oby.22187>
- Ponce, C., Pezzotto, S. M., Compagnucci, A. B., Ponce, C., Pezzotto, S. M., & Compagnucci, A. B. (2019). La alimentación en estudiantes del primer ciclo de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina. *Revista Chilena de Nutrición*, 46(5), 554–560. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182019000500554>

- Ptomey, L. T., Willis, E. A., Goetz, J. R., Lee, J., Szabo-Reed, A. N., Sullivan, D. K., & Donnelly, J. E. (2016). Portion Controlled Meals Provide Increases in Diet Quality During Weight Loss and Maintenance. *Journal of Human Nutrition and Dietetics : The Official Journal of the British Dietetic Association*, 29(2), 209–216. <https://doi.org/10.1111/jhn.12296>
- Quaidoo, E. Y., Ohemeng, A., & Amankwah-Poku, M. (2018). Weight perceptions, weight management practices, and nutritional status of emerging adults living in the Accra Metropolis. *BMC Nutrition*, 4. <https://doi.org/10.1186/s40795-018-0265-4>
- Reséndiz Barragán, A. M., Hernández Altamirano, S. V., Sierra Murguía, M. A., & Torres Tamayo, M. (2015). Hábitos de alimentación de pacientes con obesidad severa. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 672–681. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.7692>
- Rodriguez-Cristobal, J. J., Alonso-Villaverde, C., Panisello, J. M., Travé-Mercade, P., Rodriguez-Cortés, F., Marsal, J. R., & Peña, E. (2017). Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patients in the primary healthcare: A cluster randomized trial. *BMC Family Practice*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0644-y>
- Rodríguez-Pérez, C., Molina-Montes, E., Verardo, V., Artacho, R., García-Villanova, B., Guerra-Hernández, E. J., & Ruíz-López, M. D. (2020). Changes in Dietary Behaviours during the COVID-19 Outbreak Confinement in the Spanish COVIDiet Study. *Nutrients*, 12(6). <https://doi.org/10.3390/nu12061730>
- Roig Vila, D., & Roig Vila, D. (2020). Hacia una alimentación sostenible: Un esfuerzo multidisciplinario. *Nutrición Hospitalaria*, 37(SPE2), 43–46. <https://doi.org/10.20960/nh.03356>
- Rolls, B. J., Roe, L. S., James, B. L., & Sanchez, C. E. (2017). Does the incorporation of portion-control strategies in a behavioral program improve weight loss in a one-year randomized controlled trial? *International Journal of Obesity (2005)*, 41(3), 434–442. <https://doi.org/10.1038/ijo.2016.217>

- Rosas Fernández, M., Concha Vilca, C., Oliveira Batista, L., & Tibau de Albuquerque, K. (2018). Restricción alimentaria intermitente: Repercusiones en la regulación de la homeostasis energética hipotalámica y tejido adiposo. *Anales de La Facultad de Medicina*, 79(4), 331–337. <https://doi.org/10.15381/anales.v79i4.15640>
- Ross, K. M., Qiu, P., You, L., & Wing, R. R. (2018). Characterizing the Pattern of Weight Loss and Regain in Adults Enrolled in a 12-Week Internet-Based Weight Management Program. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 26(2), 318–323. <https://doi.org/10.1002/oby.22083>
- Ross, K. M., Qiu, P., You, L., & Wing, R. R. (2019). Week-to-Week Predictors of Weight Loss and Regain. *Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 38(12), 1150–1158. <https://doi.org/10.1037/hea0000798>
- Rounsefell, K., Gibson, S., McLean, S., Blair, M., Molenaar, A., Brennan, L., Truby, H., & McCaffrey, T. A. (2020). Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. *Nutrition & Dietetics*, 77(1), 19–40. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12581>
- Sampaio, L. P. de B. (2016). Ketogenic diet for epilepsy treatment. *Arquivos De Neuro-Psiquiatria*, 74(10), 842–848. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20160116>
- Santamaría-Ulloa, C., Bekelman, T.-A., Santamaría-Ulloa, C., & Bekelman, T.-A. (2021). Consumo de embutidos en mujeres costarricenses: Efecto del nivel socioeconómico. *Revista de Biología Tropical*, 69(2), 665–677. <https://doi.org/10.15517/rbt.v69i2.45428>
- Seimon, R. V., Wild-Taylor, A. L., McClintock, S., Harper, C., Gibson, A. A., Johnson, N. A., Fernando, H. A., Markovic, T. P., Center, J. R., Franklin, J., Liu, P. Y., Grieve, S. M., Lagopoulos, J., Caterson, I. D., Byrne, N. M., & Sainsbury, A. (2020). 3-Year effect of weight loss via severe versus moderate energy restriction on body composition among postmenopausal women with obesity—The TEMPO Diet Trial. *Heliyon*, 6(6). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04007>

- Senekal, M., Lasker, G. L., van Velden, L., Laubscher, R., & Temple, N. J. (2016). Weight-loss strategies of South African female university students and comparison of weight management-related characteristics between dieters and non-dieters. *BMC Public Health, 16*(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3576-x>
- Springmann, M., Wiebe, K., Mason-D’Croze, D., Sulser, T. B., Rayner, M., & Scarborough, P. (2018). Health and nutritional aspects of sustainable diet strategies and their association with environmental impacts: A global modelling analysis with country-level detail. *The Lancet. Planetary Health, 2*(10), e451–e461. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(18\)30206-7](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(18)30206-7)
- Stanford, F. C., Alfaris, N., Gomez, G., Ricks, E. T., Shukla, A. P., Corey, K. E., Pratt, J. S., Pomp, A., Rubino, F., & Aronne, L. J. (2017). The utility of weight loss medications after bariatric surgery for weight regain or inadequate weight loss: A multi-center study. *Surgery for Obesity and Related Diseases : Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery, 13*(3), 491–500. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.10.018>
- Tanenbaum, H. C., Felicitas, J. Q., Li, Y., Tobias, M., Chou, C.-P., Palmer, P. H., Spruijt-Metz, D., Reynolds, K. D., Johnson, C. A., & Xie, B. (2016). Overweight perception: Associations with weight control goals, attempts and practices among Chinese female college students. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 116*(3), 458–466.  
<https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.06.383>
- Tronieri, J. S., Wadden, T. A., Chao, A. M., Pearl, R. L., Alamuddin, N., & Berkowitz, R. I. (2018). Early Weight Loss in Behavioral Treatment Predicts Later Rate of Weight Loss and Response to Pharmacotherapy. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine, 53*(3), 290–295. <https://doi.org/10.1093/abm/kay036>

- Varkevisser, R. D. M., van Stralen, M. M., Kroeze, W., Ket, J. C. F., & Steenhuis, I. H. M. (2019). Determinants of weight loss maintenance: A systematic review. *Obesity Reviews*, *20*(2), 171–211. <https://doi.org/10.1111/obr.12772>
- Velasco-Estrada, A., Orozco-González, C. N., Zúñiga-Torres, G., Velasco-Estrada, A., Orozco-González, C. N., & Zúñiga-Torres, G. (2018). Asociación de calidad de dieta y obesidad. *Población y Salud en Mesoamérica*, *16*(1), 132–151. <https://doi.org/10.15517/psm.v1i1.32285>
- Watanabe, M., Risi, R., Masi, D., Caputi, A., Balena, A., Rossini, G., Tuccinardi, D., Mariani, S., Basciani, S., Manfrini, S., Gnessi, L., & Lubrano, C. (2020). Current Evidence to Propose Different Food Supplements for Weight Loss: A Comprehensive Review. *Nutrients*, *12*(9). <https://doi.org/10.3390/nu12092873>
- Yildiran, H., Mehmet-Mercanligil, S., Yildiran, H., & Mehmet-Mercanligil, S. (2019). ¿El aumento de la frecuencia de las comidas mejora la pérdida de peso y ciertos parámetros bioquímicos en mujeres con exceso de peso/obesidad? *Nutrición Hospitalaria*, *36*(1), 66–72. <https://doi.org/10.20960/nh.2191>
- 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.

## **GLOSARIO Y ABREVIATURAS**

FAO: Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura

IMC: Índice de masa corporal

OMS: Organización mundial de la salud

WHO: World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)

## ANEXOS

### ANEXO 1. Cuestionario para la recolección de datos

Estimada señora y señorita, sírvase contestar las preguntas que se le presentan a continuación, esto para fines de estudio del programa de licenciatura en Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, las respuestas son confidenciales. Este cuestionario es parte de la investigación del **uso de distintos métodos dieto terapéuticos en los últimos 12 meses**, en el sector de **Heredia**.

Edad

- Entre 18 y 23 años
- Entre 24 y 29 años
- Entre 30 y 34 años
- Entre 35 y 40 años
- Entre 41 y 44 años
- Entre 45 y 50 años

Estado civil

- Casada
- Soltera
- Viuda
- Divorciada

Nivel de escolaridad

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Universidad incompleta
- Universidad completa
- Técnico

Ocupación

- Asalariada
- Negocio propio
- Ama de casa

Indique quien prepara sus alimentos diariamente, marque una opción

- Yo misma
- Un familiar o empleada domestica
- Compro la comida ya preparada todos los días

Indique cuales tiempos de comida realiza, puede marcar varias opciones

- Desayuno
- Merienda mañana
- Almuerzo
- Merienda tarde

- Cena
- Colación nocturna
- Realizo más de 6 tiempos de comida

Indique que tipo de azúcar utiliza en las bebidas

- Azúcar blanca
- Azúcar morena
- Sustituto de azúcar
- Ninguno

- 1.** De acuerdo con su **tratamiento dieto terapéutico para pérdida de peso de los últimos 12 meses**, indique con una equis (x) en el recuadro que corresponda según sea su respuesta, si/no, cuales alimentos incluye su tratamiento. Puede marcar varias opciones

<b>Alimento</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Cereales (arroz, pasta, pan, tortillas, galletas, yuca, papa, elote, plátano)		
Leguminosas (frijoles, garbanzos, lentejas, cubaces)		
Vegetales no harinosos (apio, brócoli, cebolla, chayote, repollo, coliflor, espinaca, palmito, pepino,		

remolacha, tomate, zanahoria)		
Frutas		
Lácteos (leche, yogurt)		
Azúcar de mesa		
Grasas (aceite, manteca, mantequilla, aderezos)		
Sal		
Proteína (res, cerdo, pollo, pescado, queso)		

2. De acuerdo con los distintos métodos de cocción (frito, al vapor, al horno, hervido, a la plancha) indique con una X en las casillas correspondientes, el que más utiliza en su tratamiento para pérdida de peso, puede marcar varias casillas.

Grupos de alimentos	Frito	Al vapor	Al horno	Hervido	A la plancha
Carnes (res, cerdo, pollo, pescado, queso)					
Cereales (arroz, pasta, pan, tortillas, galletas, yuca, papa,					

elote, plátano)					
Vegetales no harinosos (apio, brócoli, cebolla, chayote, repollo, coliflor, espinaca, palmito, pepino, remolacha, tomate, zanahoria)					
Leguminosas (frijoles, garbanzos, lentejas, cubaces)					

3. ¿Cuál o cuáles de los siguientes **métodos para pérdida de peso** ha utilizado los últimos 12 meses? Puede marcar varias opciones.

- Dieta cetogenica o Keto
- Dieta mediterránea
- Ayuno intermitente
- Plan de alimentación que incluye todos los grupos de alimentos
- Otro (cual) \_\_\_\_\_

4. Por cuánto tiempo siguió su tratamiento para pérdida de peso **de los últimos 12 meses**

Menos de 1 mes

- 1 a 3 meses
- 1 a 6 meses
- 1 a 9 meses
- 1 a 12 meses
- Aun lo estoy haciendo

5. ¿Qué tan satisfecha está con los resultados a **corto plazo** (primeros 3 meses) del tratamiento para pérdida de peso que utilizo? Del 1 al 5 indique su nivel de satisfacción siendo 1 muy insatisfecha y 5 muy satisfecha

- 1 muy insatisfecha
- 2 insatisfecha
- 3 neutral
- 4 satisfecha
- 5 muy satisfecha

6. ¿Qué tan satisfecha está con los resultados a **largo plazo** (6 meses en adelante) del tratamiento para pérdida de peso que utilizo?

Del 1 al 5 indique su nivel de satisfacción siendo 1 muy insatisfecha y 5 muy satisfecha

- 1 muy insatisfecha
- 2 insatisfecha
- 3 neutral
- 4 satisfecha
- 5 muy satisfecha

7. En el tratamiento para pérdida de peso usted utilizo, puede marcar varias opciones

- Fármacos para pérdida de peso
- Suplementos alimenticios para pérdida de peso
- Asistió a control con una nutricionista
-

- Se realizó una cirugía para pérdida de peso
- Ninguna de las anteriores, lleve el control sola

8. Si no pudo completar algunos de los tratamientos para pérdida de peso anteriormente mencionados justifique la razón, puede marcar varias opciones

- Por factores económicos
- Por ser poco variada la alimentación
- Falta de motivación
- No obtuvo los resultados esperados

9. De los siguientes métodos para pérdida de peso cual considera el más efectivo, marque una opción

- Dieta cetogenica o Keto
- Dieta mediterránea
- Ayuno intermitente
- Plan de alimentación que incluye todos los grupos de alimentos
- Otro (indique cual) \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Comparación de hábitos de consumo alimentario, tiempo de exposición y percepción de los resultados en mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses

Nombre de la investigadora: Adriana Jiménez Garro

Nombre del participante:

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN: La investigación está siendo realizada para optar por el grado de Licenciatura de Nutrición por la estudiante Adriana Jiménez Garro de la Universidad Hispanoamericana, con el objetivo de comparar los hábitos de consumo alimentario, tiempo de exposición y percepción de los resultados en mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses. El trabajo investigativo se ejecuta durante el presente año y su participación es de suma importancia para la recolección de la información necesaria.

B. ¿QUÉ SE HARÁ? De antemano, le agradezco la disposición de formar parte en la presente investigación, es importante hacer de su conocimiento los requisitos con los cuales debe cumplir para poder participar: mujeres de 18 a 50 años que se hayan sometido a algún tratamiento dieto terapéutico en los últimos 12 meses, que sepan leer y escribir y que tengan acceso a internet, residentes de Heredia. Su participación consiste en llenar un cuestionario, en el cual se pregunta sobre cuatro temáticas distintas como aspectos sociodemográficos, hábitos de alimentación durante el tratamiento para pérdida de peso, el uso de distintos métodos para pérdida de peso y la percepción de los resultados a corto y largo plazo. La investigadora se encargará de enviar un link vía telefónica o por computadora para que pueda descargar el formulario y llenarlo, por tanto, no debe presentarse en ningún sitio en particular ni en condiciones especiales. En el momento de aceptar formar parte de la población de investigación, se compromete a llenar el cuestionario completo con información confiable y veraz.

C. RIESGOS: La presente investigación no representa ningún riesgo para los participantes, debido a la emergencia nacional que se vive por el virus del COVID – 19 se decide no tener contacto directo con los participantes para salvaguardar sus vidas, sin embargo, podría experimentar cierta molestia debido a la pérdida de privacidad al contestar las preguntas.

D. BENEFICIOS: Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, será posible que la investigadora aprenda más acerca de la relación entre el uso de distintos métodos para pérdida de peso y su beneficio a largo plazo y este conocimiento beneficiará a otras personas en el futuro.

E. Antes de dar su autorización para este estudio, usted debe haber hablado con la investigadora Adriana Jiménez Garro, quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus

preguntas. Si quisiera más información, puede obtenerla llamando a la investigadora al teléfono 8959-4565, en horario de lunes a viernes de 8 a 5 pm. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana al teléfono 2241-9090, de lunes a viernes en el horario de 8 am a 5 pm.

F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a interrumpir su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.

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

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

### CONSENTIMIENTO

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

Nombre completo del participante

Cedula

Firma

Nombre completo del testigo

Cedula

Firma

Nombre completo de la investigadora

Cedula

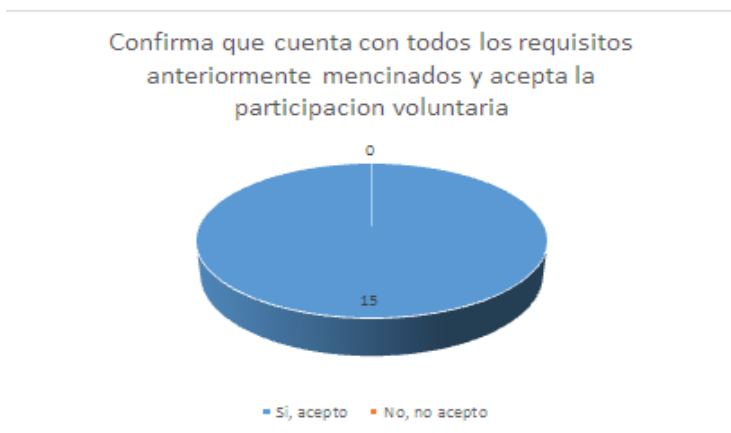
Firma

## ANEXO 2. Resultados del plan piloto

*Tabla N 1. Consentimiento informado de mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia*

Confirma que cuenta con todos los requisitos anteriormente mencionados y acepta la participación voluntaria	Encuestados
Sí, acepto	15
No, no acepto	0

Fuente: elaboración propia, 2021.



*Figura N 1. Consentimiento informado de mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia.*

Fuente: elaboración propia, 2021.

Tabla N 2. Rangos de edad de mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Edad	Encuestados
Entre 18 y 23 años	0
Entre 24 y 29 años	5
Entre 30 y 34 años	2
Entre 35 y 40 años	2
Entre 41 y 44 años	4
Entre 45 y 50 años	2

Fuente: elaboración propia, 2021.

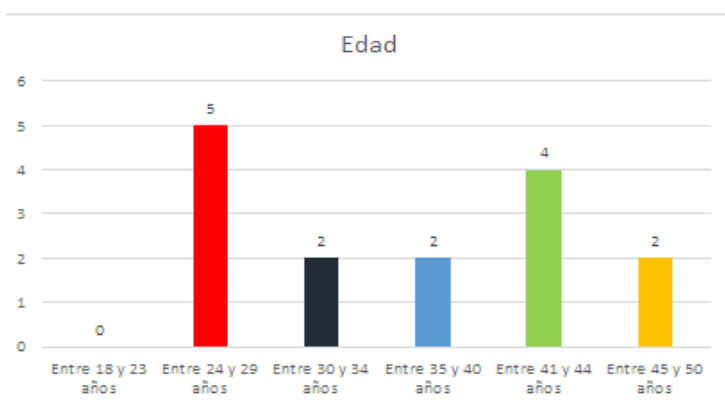


Figura N 2. Rangos de edad de mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Fuente: elaboración propia, 2021.

Tabla N 3. Estado civil de mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Estado civil	Encuestados
Casada	7
Soltera	7
Viuda	0
Divorciada	1

Fuente: elaboración propia, 2021.

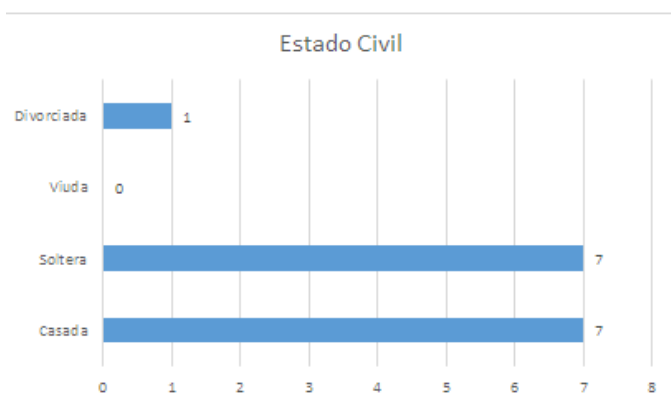


Figura N 3. Estado civil de mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Fuente: elaboración propia, 2021.

Tabla N 4. Nivel de escolaridad de mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Nivel de escolaridad	Encuestados
Primaria incompleta	0
Primaria completa	1
Secundaria incompleta	1
Secundaria completa	2
Universidad incompleta	2
Universidad completa	9
Técnico	0

Fuente: elaboración propia, 2021.

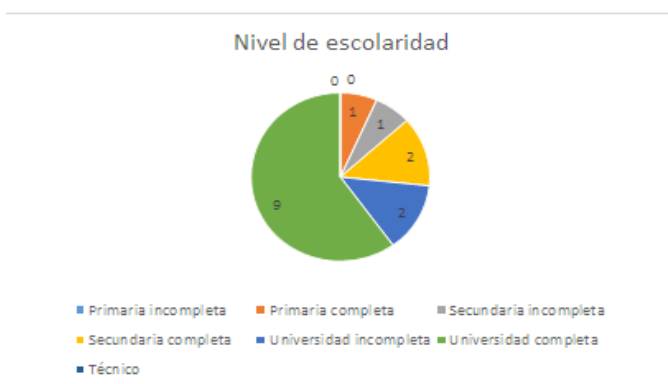


Figura N 4. Nivel de escolaridad de mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Fuente: elaboración propia, 2021.

Tabla N 5. Ocupación de mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Ocupación	Encuestados
Asalariada	14
Negocio propio	0
Ama de casa	1

Fuente: elaboración propia, 2021.

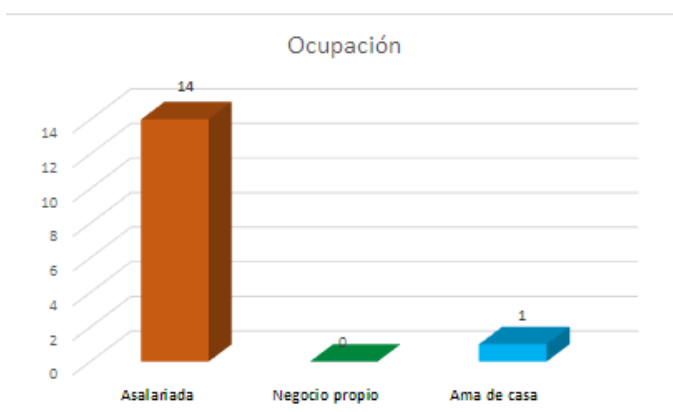


Figura N 5. Ocupación de mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Fuente: elaboración propia, 2021.

Tabla N 6. Quien prepara los alimentos diariamente de mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Indique quien prepara sus alimentos diariamente	Encuestados
Yo misma	8
Un familiar o empleada domestica	4
Compro la comida ya preparada todos los días	3

Fuente: elaboracion propia, 2021.



Figura N 6. Quien prepara los alimentos diariamente de mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Fuente: elaboracion propia, 2021.

Tabla N 7. Tiempos de comida que realizan las mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Indique cuales tiempos de comida realiza	Encuestados
Desayuno	15
Merienda mañana	10
Almuerzo	15
Merienda tarde	9
Cena	15
Colación nocturna	1
Realizo más de 6 tiempos de comida	0

Fuente: elaboración propia, 2021.

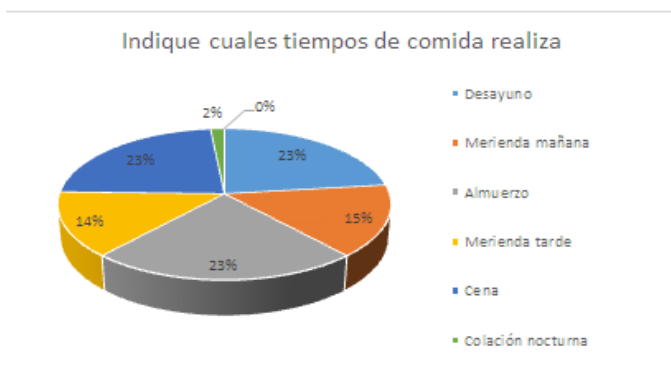


Figura N 7. Tiempos de comida que realizan mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Fuente: elaboración propia, 2021.

Tabla N 8. Tipo de azúcar que utilizan en las bebidas las mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Indique que tipo de azúcar utiliza en las bebidas	Encuestados
Azúcar blanca	4
Azúcar morena	1
Sustituto de azúcar	7
Ninguno	3

Fuente: elaboración propia, 2021.

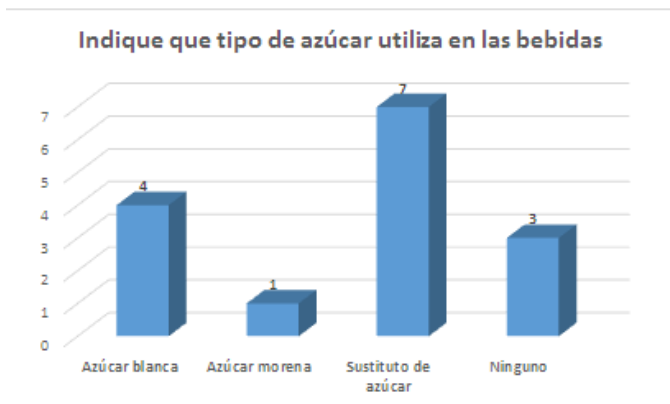


Figura N 8. Tipo de azúcar que utilizan en las bebidas las mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Fuente: elaboración propia, 2021.

Tabla N.9. Alimentos que incluyen las mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

De acuerdo con su tratamiento dieto terapéutico para pérdida de peso de los últimos 12 meses:	Si	No
Cereales (arroz, pasta, pan, tortillas, galletas, yuca, papa, elote, plátano)	13	2
Leguminosas (frijoles, garbanzos, lentejas, cubaces)	14	0
Vegetales no harinosos (apio, brócoli, cebolla, chayote, repollo, coliflor, espinaca, palmito, pepino, ren)	15	0
Frutas	15	0
Lácteos (leche, yogurt)	13	1
Azúcar de mesa	2	9
Grasas (aceite, manteca, mantequilla, aderezos)	11	3
Sal	11	3
Proteína (res, cerdo, pollo, pescado, queso)	15	0

Fuente: elaboración propia, 2021.

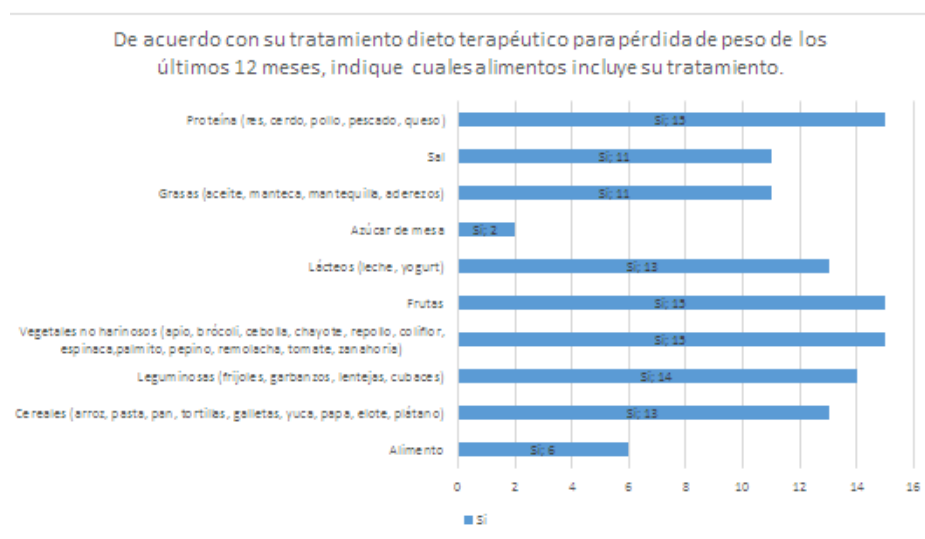


Figura N.9. Alimentos que incluyen las mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Tabla N.10. Métodos de cocción más utilizado de mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

De acuerdo con los distintos métodos de cocción (frito, al vapor, al horno, hervido, a la plancha) cual	Frito	Al vapor	Al horno	Hervido	A la plancha
Carnes (res, cerdo, pollo, pescado, queso)	2	4	7	0	7
Cereales (arroz, pasta, pan, tortillas, galletas, yuca, papa, elote, plátano)	2	7	3	5	0
Vegetales no harinosos (apio, brócoli, cebolla, chayote, repollo, coliflor, espinaca, palmito, pepino, remolacha, tomate, zanahoria)	0	12	1	5	0
Leguminosas (frijoles, garbanzos, lentejas, cubaces)	1	6	0	7	0

Fuente: elaboración propia, 2021.

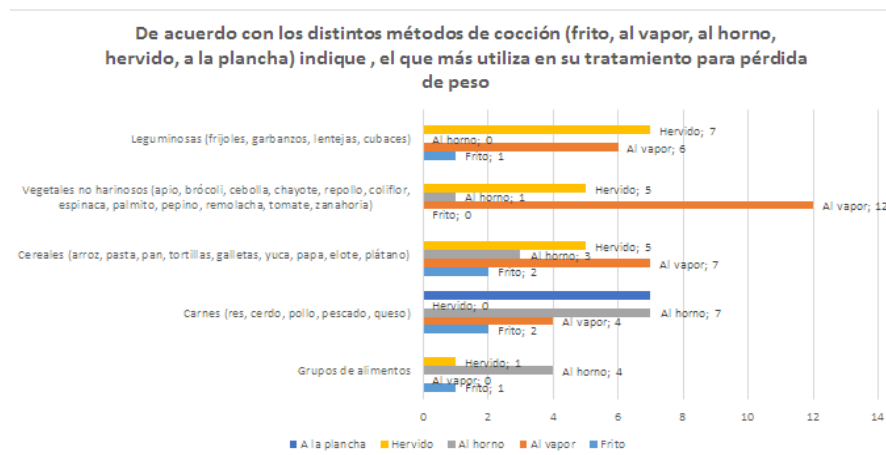


Figura N.10. Metodo de coccion mas utilizado de mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Fuente: elaboración propia, 2021.

Tabla N 11. Tratamiento para pérdida de peso mas utilizado en mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

¿Cuál o cuáles de los siguientes métodos para pérdida de peso ha utilizado los últimos 12 meses?	Encuestados
Dieta cetogenica o Keto	2
Dieta mediterránea	0
Ayuno intermitente	3
Plan de alimentación que incluye todos los grupos de alimentos	10
Otros	0

Fuente: elaboracion propia, 2021.

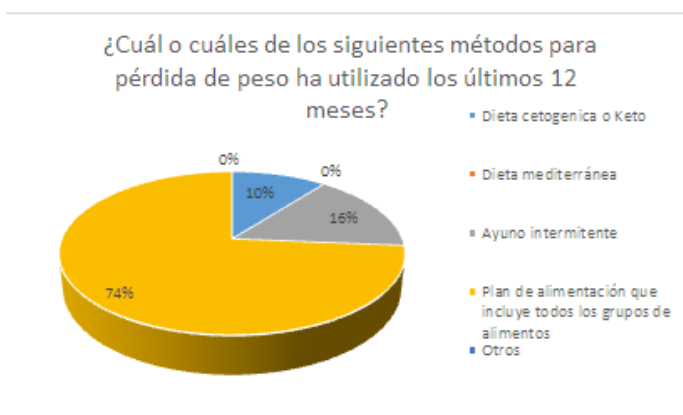


Figura N 11. Tratamiento para pérdida de peso mas utilizado en mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Fuente: elaboracion propia, 2021.

Tabla N 12. Tiempo de exposición al tratamiento para pérdida de peso en mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Por cuánto tiempo siguió su tratamiento para pérdida de peso de los últimos 12 meses *	Encuestados
Menos de 1 mes	0
1 a 3 meses	5
1 a 6 meses	4
1 a 9 meses	1
1 a 12 meses	2
Aun lo estoy haciendo	3

Fuente: elaboración propia, 2021.

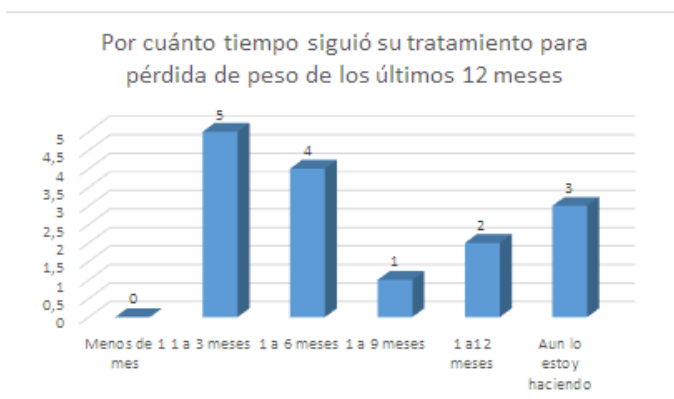


Figura N 12. Tiempo de exposición al tratamiento para pérdida de peso en mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Fuente: elaboración propia, 2021.

Tabla N 13. Nivel de satisfacción a corto plazo de las mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

¿Qué tan satisfecha está con los resultados a corto plazo (primeros 3 meses)	Encuestados
1.) Muy insatisfecha	0
2.) Insatisfecha	2
3.) Neural	5
4.) Satisfecho	5
5.) Muy satisfecha	3

Fuente: elaboración propia, 2021.

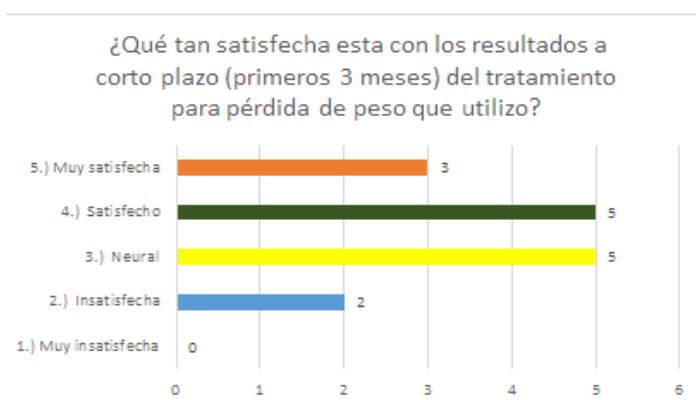


Figura N 13. Nivel de satisfacción a corto plazo de las mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Fuente: elaboración propia, 2021.

Tabla N 14. Nivel de satisfacción a largo plazo de las mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

¿Qué tan satisfecha esta con los resultados a largo plazo (6 meses en adelante)	Encuestados
1.) Muy insatisfecha	0
2.) Insatisfecha	2
3.) Neural	5
4.) Satisfecho	4
5.) Muy satisfecha	4

Fuente: elaboración propia, 2021.

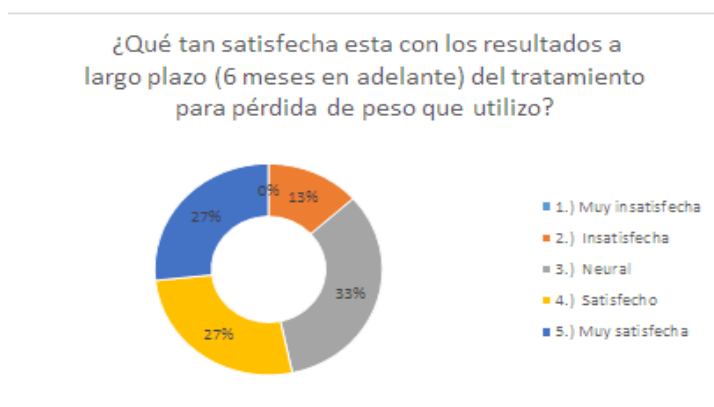


Figura N 14. Nivel de satisfacción a largo plazo de las mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia  
Fuente: elaboración propia, 2021.

Tabla N 15. Metodo mas utilizado en mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

En el tratamiento para pérdida de peso usted utilizo, puede marcar varias opciones	Encuestados
Fármacos para pérdida de peso	1
Suplementos alimenticios para pérdida de peso	0
Asistió a control con una nutricionista	9
Se realizó una cirugía para pérdida de peso	0
Ninguna de las anteriores, lleve el control sola	5

Fuente: elaboración propia, 2021.

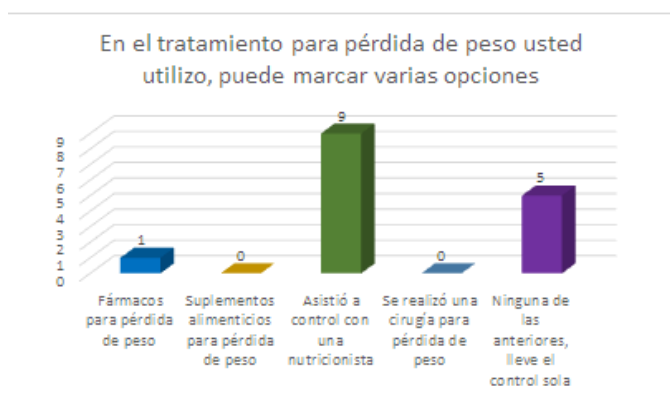


Figura N 15. Metodo mas utilizado en mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia  
Fuente elaboración propia, 2021.

Tabla N 16. Razones por las que no pudieron completar el tratamiento para pérdida de peso en mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a

algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Si no pudo completar algunos de los tratamientos para pérdida de peso anteriormente mencionad	Encuestados
Por factores económicos	4
Por ser poco variada la alimentación	4
Falta de motivación	5
No obtuvo los resultados esperados	2

Fuente: elaboración propia, 2021.

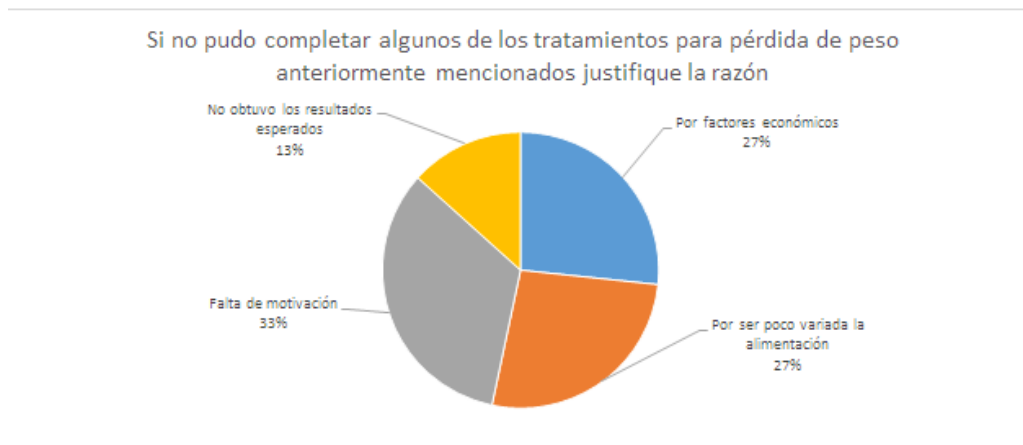


Figura N 16. Razones por las que no pudieron completar el tratamiento para pérdida de peso en mujeres de 18 a 50 años que se sometieron

a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Fuente: elaboración propia, 2021.

Tabla N 17. Tratamiento que consideran mas efectivo las mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

De los siguientes métodos para pérdida de peso cual considera el más efectivo, marque una opción	Encuestados
Dieta cetogenica o Keto	3
Dieta mediterránea	0
Ayuno intermitente	5
Plan de alimentación que incluye todos los grupos de alimentos	7
Otros	0

Fuente: elaboracion propia, 2021.

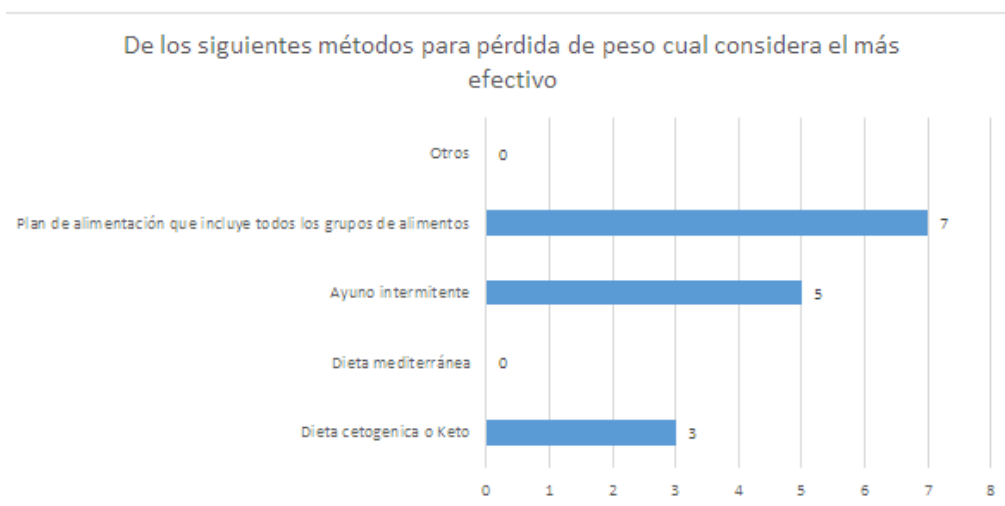


Figura N 17. Tratamiento que consideran mas efectivo las mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para

pérdida de peso en los últimos 12 meses, en Heredia

Fuente: elaboracion propia, 2021.

## DECLARACION JURADA

Yo Adriana Jiménez Garro , cédula de identidad número 4-0207-0201, en condición de egresado de la carrera de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de licenciatura titulado “ COMPARACIÓN DE HÁBITOS DE CONSUMO ALIMENTARIO, TIEMPO DE EXPOSICIÓN Y PERCEPCIÓN DE LOS RESULTADOS EN MUJERES DE 18 A 50 AÑOS QUE SE SOMETIERON A ALGÚN MÉTODO DIETO TERAPÉUTICO PARA PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN HEREDIA” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos 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; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “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 pre juicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el 11 de agosto del 2022

FIRMA



NOMBRE COMPLETO: Adriana Jiménez Garro

CEDULA 4-0207-0201

## CARTA DEL TUTOR

San José, 9 de agosto del 2022

**Carolina Brenes**  
**Encargada de Tesis**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimado señor:

La estudiante ADRIANA JIMÉNEZ GARRO me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **COMPARACIÓN DE HÁBITOS DE CONSUMO ALIMENTARIO, TIEMPO DE EXPOSICIÓN Y PERCEPCIÓN DE LOS RESULTADOS EN MUJERES DE 18 A 50 AÑOS QUE SE SOMETIERON A ALGÚN MÉTODO DIETO TERAPÉUTICO PARA PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN HEREDIA** el cual ha elaborado para optar por el grado académico de licenciatura en Nutrición.


En mi calidad de tutora, 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 las postulantes, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	10%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	25%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	19%
	TOTAL	100	82

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

Atentamente,

  
**Dra. Yorlenny Chacón Sandy, MBA**  
**Carné Profesional: 251-10**

San José, 4 de octubre, 2022

**Departamento de registro**

**Carrera de Nutrición**

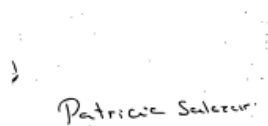
**Universidad Hispanoamericana**

Estimados señores:

La estudiante Adriana Jiménez Garro, cédula de identidad número 4-0207-0201, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **“COMPARACIÓN DE HÁBITOS DE CONSUMO ALIMENTARIO, TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL PLAN ALIMENTARIO Y PERCEPCIÓN DE LOS RESULTADOS EN MUJERES DE 18 A 50 AÑOS QUE SE SOMETIERON A ALGÚN MÉTODO DIETA TERAPÉUTICO PARA PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN HERDIA”** el cual ha elaborado para optar por el grado de licenciatura en nutrición humana.

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

Por consiguiente, este trabajo tiene una nota 85 por lo que cuenta con mi aval para ser presentado en defensa pública. Atentamente



**Licda. Patricia Salazar Chinchilla, cédula 1-1239-0145**  
**CPN: 442-10**

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

San José, 17 noviembre 2022

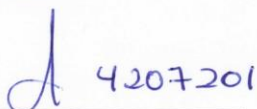
Señores:  
Universidad  
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Adriana Jimenez Garro con número de identificación 402070201 autor (a) del trabajo de graduación titulado *Comparación de hábitos de consumo alimentario, tiempo de exposición al plan alimenticio y percepción de los resultados en mujeres de 18 a 50 años que se sometieron a algún método dieto terapéutico para pérdida de peso los últimos 12 meses en Heredia*, como requisito para optar por el grado de Licenciatura en nutrición; *SI* autorizo a la Biblioteca de la Universidad Hispanoamericana para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

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

Cordialmente,

Handwritten signature and ID number 4207201.

Firma y Cédula de Identidad