

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE NUTRICIÓN

Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Nutrición

**ESTADO NUTRICIONAL DE MUJERES ADULTAS AMAS DE
CASA Y TRABAJADORAS REMUNERADAS EN RELACIÓN
CON SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EL ÁREA URBANA
DE SAN JOSÉ EN EL AÑO 2016.**

Sustentante:
Daniela Rojas Córdoba

Tutor:
Dr. Fabián Núñez Flores

Enero, 2017

Tabla de contenido	
Portada.....	i
Tabla de contenido.....	ii
Índice de tablas.....	v
Índice de figuras	vi
Agradecimientos	viii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1.1. Antecedentes del problema	2
1.1.2. Descripción del problema	4
1.1.3. Delimitación del problema	6
1.1.4. Justificación de la investigación.....	6
1.2. REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
1.3.1. Objetivo General.....	9
1.3.2. Objetivos específicos.....	9
1.4. Alcances y Limitaciones	10
1.4.1. Alcances	10
1.4.2. Limitaciones.....	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. CONTEXTO HISTÓRICO	13
2.1.1. Nivel internacional	13
2.1.2. Nivel nacional	22
2.2. CONTEXTO TEÓRICO CONCEPTUAL	30
2.2.1. Definición de hábitos alimentarios.....	30
2.2.2. Origen de los hábitos alimentarios en el ser humano.....	31
2.2.3. Factores que influyen en el desarrollo de los hábitos alimentarios durante las etapas de la vida	34
2.2.4. Hábitos alimentarios saludables y no saludables	37
2.2.5. Generalidades del estado nutricional en la mujer	42
2.2.6. Características y enfermedades asociadas a los distintos tipos de clasificación del estado nutricional	44
2.2.7. Factores que influyen en el estado nutricional de una mujer que trabaja.	50
2.2.8. Factores que influyen en el estado nutricional de una mujer que no trabaja	52

2.2.9. Características y necesidades nutricionales de la mujer adulta	55
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	59
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	60
3.2. ÁREA DE ESTUDIO	60
3.2.1. Unidad de análisis	62
3.3 . CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA	65
3.3.1. Criterios de inclusión	65
3.3.2. Criterios de exclusión	65
3.4 . FUENTES DE INFORMACIÓN	66
3.5. IDENTIFICACIÓN, DESCRIPCIÓN Y RELACIÓN DE LAS VARIABLES	66
3.5.1. Nivel socioeconómico.....	67
3.5.2. Estado nutricional.....	67
3.5.3. Hábitos alimentarios.....	67
3.6. PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	68
3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	72
3.8. PROCESAMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN	74
3.8.1. Etapa preliminar	74
3.8.2. Etapa de campo	75
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	77
4.1. ANÁLISIS UNIVARIADO	79
4.1.1. Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas	79
4.1.2. El estado nutricional de las mujeres entrevistadas.....	85
4.1.3. Los hábitos alimentarios de las mujeres entrevistadas.	87
4.2. Análisis Bivariado	91
4.2.1. Relación del IMC con la condición laboral de las mujeres	91
4.2.2. Relación del estado nutricional (IMC) con los hábitos alimenticios de las mujeres	94
4.2.3. Modelo de regresión: evaluación de los efectos sobre el IMC en conjunto.	110
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	116
5.1. CONCLUSIONES	117
5.2. RECOMENDACIONES	120
BIBLIOGRAFÍA	122
ANEXOS	137
Anexo 1. Abreviaturas	138

Anexo 2. Declaración Jurada.....	139
Anexo 3. Carta del tutor	140
Anexo 4. Carta del lector	141
Anexo 5. Carta del filólogo.....	142
Anexo 6. Consentimiento Informado.....	143
Anexo 7. Hoja de Recolección de Datos para colaboradores.....	145
Anexo 8. Indicador Dietético	146
Anexo 9. Frecuencia de Consumo.....	147

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Distintos tipos de muestras.....	63
Tabla N° 2. Operacionalización de las variables.....	68
Tabla N° 3. Equipo utilizado en la investigación.....	74
Tabla N° 4. Distribución del estado nutricional de las mujeres entrevistadas, octubre-noviembre 2016.....	85
Tabla N° 5. Comparación de la escala de frecuencia de consumo según condición laboral, octubre-noviembre 2016.....	88
Tabla N° 6. Número de veces que las mujeres entrevistadas comen fuera de la casa, octubre-noviembre 2016.....	89
Tabla N° 7. Comparación del IMC de las mujeres entrevistadas según condición laboral, octubre-noviembre 2016.....	94
Tabla N° 8. Comparación de hábitos alimentarios de las mujeres entrevistadas según condición laboral, octubre-noviembre 2016.....	95
Tabla N° 9. Comparación del IMC de las mujeres entrevistadas según hábitos alimentarios, octubre-noviembre 2016.....	109
Tabla N° 10. Comparación del IMC de las mujeres entrevistadas según ha modificado su alimentación, octubre-noviembre 2016.....	110
Tabla N° 11. Resultados de la regresión lineal para explicar el IMC de las mujeres respecto a variables de interés.....	112

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Distribución de la muestra de mujeres por grupos de edad, octubre-noviembre 2016.....	80
Figura N° 2. Composición de la muestra de mujeres por estado civil, octubre-noviembre 2016.....	81
Figura N° 3. Distribución de la muestra de mujeres por grado académico, octubre-noviembre 2016.....	82
Figura N° 4. Distribución de la muestra de mujeres por nivel de ingreso, octubre-noviembre 2016.....	84
Figura N° 5. Comportamiento del IMC de las mujeres entrevistadas, octubre-noviembre 2016.....	86
Figura N° 6. Comportamiento del IMC de las mujeres entrevistadas según edad y condición laboral, octubre-noviembre 2016.....	91
Figura N° 7. Correlación entre el IMC de las mujeres entrevistadas con la escala de frecuencia de consumo por grupos de alimentos, octubre-noviembre 2016.....	97
Figura N° 8. Comportamiento de la escala de frecuencia de consumo según condición laboral de las mujeres entrevistadas, octubre-noviembre 2016.....	99
Figura N° 9. Comportamiento del IMC de las mujeres entrevistadas según número de comidas al día, octubre-noviembre 2016.....	101
Figura N° 10. Comportamiento del IMC de las mujeres entrevistadas según número de veces que comen fuera y condición laboral, octubre-noviembre 2016.....	103
Figura N° 11. Comportamiento del IMC de las mujeres entrevistadas según número de vasos de agua al día, octubre-noviembre 2016.....	104
Figura N° 12. Comportamiento del IMC de las mujeres entrevistadas según el tipo de grasa para cocinar, octubre-noviembre 2016.....	106
Figura N° 13. Comportamiento del IMC de las mujeres entrevistadas según apetito, octubre-noviembre 2016.....	107

Figura N° 14. Comportamiento del IMC de las mujeres entrevistadas de acuerdo con la edad y modificación de la alimentación, octubre-noviembre 2016.....	114
---	-----

AGRADECIMIENTOS

Mi principal agradecimiento es para Dios, por darme la gran bendición de poder estudiar y de formarme para mi próxima etapa como profesional. Por ser mi guía, mi fuerza, mi esperanza y por haber acomodado el tiempo como lo hizo, porque así aprendí lecciones que me durarán toda la vida. Estaré agradecida por siempre porque mis logros y bendiciones fueron gracias a Él.

Mis palabras se quedan cortas para expresar mi agradecimiento con mi familia. En especial a mis papás que hicieron esto posible, que me apoyaron en todo momento, me animaron cuando lo necesitaba y siempre se esforzaron por demostrarme que no hay nada imposible y que uno debe luchar por lo que más le apasiona. Por su amor incondicional, por nuestros momentos únicos como familia y por hacer de mis años universitarios unos de los mejores de mi vida.

Por último agradezco a todas las personas que de una u otra forma fueron parte de este proceso. A mis profesores, a la Comunidad PAS por abrirme las puertas de forma muy amigable para desarrollar este proyecto y a todas las mujeres que dedicaron de su tiempo para ayudarme a completar esta investigación.

¡Gracias!

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este apartado se presentan cuatro secciones, en la primer sección se habla acerca de los antecedentes del estado nutricional en las mujeres, seguidamente en la segunda sección se describe el problema planteado, en la tercera sección se expone la delimitación del problema y por último en la cuarta sección se da a conocer la justificación que presenta la investigación.

1.1.1. Antecedentes del problema

Según datos de la OMS (2015), globalmente, la prevalencia de la obesidad se ha duplicado en las últimas tres décadas por distintos factores. Uno de esos factores son los hábitos alimentarios. En el 2014, el 39% de las personas adultas mayores de 18 años tenían sobrepeso y un 13% eran obesas. La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad producen más muertes que en aquellos países donde predomina la desnutrición. Por ejemplo, en el noreste de Estados Unidos, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de un 29,2% y 24,7% respectivamente (Lindvall et al. 2015). En ciertos lugares de Europa como por ejemplo en Gran Bretaña, así como en países de Asia como Corea, se ha demostrado que las mujeres al ser desempleadas o al perder su empleo, comienzan a aumentar de peso significativamente. Esto en comparación con aquellas mujeres que son trabajadoras remuneradas (Kang et al. 2013).

Interesante recalcar que además de evidenciarse este aumento de peso en mujeres, es más común que se dé este proceso en las mujeres que en los hombres que pierden su trabajo (Monsivais, et al. 2015). Lindvall et al (2015), evidencia que el mayor porcentaje de mujeres aumenta de peso alrededor de la tercera década de

vida. Además, asegura que una de las razones por las que las cifras de mujeres con obesidad y sobrepeso son tan altas, es debido a factores como los hábitos alimentarios. Sin embargo, estos van a estar asociados según la cultura de cada país. Por ejemplo, las porciones de alimentos que se consumen en Estados Unidos van en aumento y son más grandes que las porciones que se suelen consumir en Europa. Por esto, en cada región va a ser distinto. Es notorio como han aumentado mundialmente los estados de salud que tienden al sobrepeso y a la obesidad.

A nivel de Costa Rica y según la Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009, el estado nutricional de las mujeres de 20 a 44 años de edad ha ido empeorando según su IMC aumenta, en comparación con los años 1982 y 1996 cuando se realizaron otros censos. El sobrepeso y la obesidad pasó de estar en 34,6% en 1982, a 45,9% en 1992. Para el año 2009 pasó a un 59,7%.

El porcentaje de mujeres mayores de 20 años con circunferencia de cintura clasificada como riesgo, se encuentra dentro del rango más alto de la población total de mujeres que está en riesgo de salud. Las mujeres entre 20-44 años representan el 40,9%, mientras que las mujeres entre los 45 y 60 años de edad representan un 57,5% de la población. La diferencia de las mujeres con respecto a los hombres es notoria. Los hombres de 20 a 64 años de edad representan únicamente el 14,4% de la población la que presenta riesgo. Los datos de esta diferencia con las mujeres son preocupantes.

Por otro lado, según el Análisis de Situación de Salud de Costa Rica (2014), la prevalencia de diabetes en personas mayores de 20 años fue de un 1,3% y en población diagnosticada 9,5% lo que nos da una prevalencia nacional de 10,8% cifra

similar a las encontradas en países como Canadá y Estados Unidos de Norteamérica siendo más elevada en el sexo femenino que en el masculino.

Según el Ministerio de Salud, hay un aumento de prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, asociadas a un nivel de vida más urbana e industrializada, por cambios en los hábitos alimentarios y la actividad física de la población. Las sociedades modernas tienen sus propias dietas con alto contenido de azúcar, sodio y grasas. Tales modificaciones se reflejan no sólo en el aumento de peso, si no en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad.

1.1.2. Descripción del problema

Los hábitos alimentarios han ido variando desde inicios de la humanidad hasta el día de hoy. Las sociedades han acoplado sus hábitos de alimentación según los factores que rodeen su diario vivir, es decir, han basado su alimentación en relación con distintos elementos que fueron cambiando con el paso del tiempo. El mundo ha experimentado momentos de crisis alimentarias, principalmente porque no se tenían suficientes recursos económicos para adquirir alimentos. Y este es uno de los principales factores que intervienen en los hábitos alimentarios de las personas. En la actualidad, la desigualdad social, es uno de los principales factores que afectan el consumo de alimentos, por ende, afectan los hábitos alimentarios de las personas, repercutiendo en su estado de salud (Vásquez et al. 2005).

Se pueden considerar algunos elementos importantes a tomar en cuenta, los cuales van a influir en los hábitos alimentarios de las personas en general, como la disponibilidad de alimentos. Se puede empezar a enlazar este factor según la cantidad de dinero que se posea. La disponibilidad de alimentos se encuentra

condicionada por factores climáticos, la parte económica de la cual se hablaba anteriormente, la geografía; las políticas nutricionales y de salud del lugar en el cual se encuentre habitando. Al igual que el acceso que se tenga de los alimentos, tomando en cuenta factores de infraestructura cercanos al lugar donde se viva, o a tipos de transportes con los que se cuenta, entre otros.

La elección de alimentos tiene gran relevancia también. De ella dependen elementos psicológicos, la religión a la cual pertenezca la persona, la cultura y todo lo asociado con las costumbres con las que se haya crecido. Es difícil a veces desarraigarse de los hábitos que se vienen desarrollando desde que se es niño, sin embargo, no es imposible y pueden llegar a corregirse. Además de estos factores, también se incluye todo lo asociado con la publicidad y los medios de comunicación. Últimamente, la publicidad tiene gran impacto en la elección de alimentos de las personas. El diario vivir está atacado por información que influye de manera drástica en la alimentación humana. En especial la televisión; viene produciendo unos 10000 *spots* por año, de los cuales un 25% corresponden a la promoción de alimentos y bebidas, no siempre de valor nutritivo significativo (Gil, 2010).

Los horarios de comida y la calidad de tiempo de la alimentación también son de gran importancia. El tiempo que se invierte ahora en alimentación no es la misma que se invertía hace varios años atrás. El quehacer diario es más acelerado y las personas no le dan la importancia al tiempo y los horarios de alimentación. Los hábitos, en muchos casos, giran en torno a poco tiempo para alimentarse y en preparaciones más rápidas y fáciles de transportar.

En relación con el consumo de preparaciones rápidas y fáciles de adquirir, las personas han ido cambiando su dieta por aquellas altas en calorías, en azúcares, en

sal y pobre en fibra. Es ahí cuando se comienzan a desarrollar enfermedades o patologías crónicas no transmisibles como la diabetes, la hipertensión, la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, los distintos tipos de cáncer, entre otros.

Los hábitos alimentarios actualmente están ligados a la incorporación de la mujer a los trabajos fuera del hogar. Anteriormente, la mujer se dedicaba únicamente al hogar y contaba con tiempo disponible para la preparación y compra de alimentos. Mientras que ahora, las mujeres al igual que los hombres, están inmersas en el mundo laboral, por lo que su tiempo dentro del hogar es reducido. Por ende, el tiempo de preparación de alimentos también se ve disminuido, tanto para el consumo propio como para el resto de su familia (Vásquez et al. 2005).

1.1.3. Delimitación del problema

La presente investigación relaciona los hábitos alimentarios y el estado nutricional en una población de mujeres adultas que son amas de casa, como en aquellas mujeres que tienen trabajos remunerados con jornadas laborales completas; en la provincia de San José. Las mujeres serán evaluadas por medio de mediciones antropométricas y análisis dietéticos para conocer sus hábitos. Para el estudio se toman en cuenta mujeres que sean mayores de 18 años y menores de 65. Para la investigación, se cuenta con mujeres de distintas empresas, así como grupos de reunión de amas de casa. Se realiza entre los meses de mayo a noviembre del 2016 para poder determinar datos actuales de interés.

1.1.4. Justificación de la investigación

Los hábitos alimentarios suponen el inicio de una vida saludable siempre y cuando estos sean los adecuados. Principalmente en mujeres, los hábitos alimentarios deben ser correctos y saludables, debido a que en la mayoría de los

casos, son el modelo a seguir de sus hijos en cuanto a costumbres. Aunque este patrón está cambiando en la actualidad, la mujer aún se le asocia como la encargada de las preparaciones alimentarias de los hogares. A pesar de que son muchos factores los que se relacionan con el desarrollo y modificación de hábitos alimenticios, éstos se pueden modificar hasta lograr que formen parte de la rutina diaria de las personas.

La presente investigación pretende conocer las consecuencias que tienen los hábitos alimenticios en el estado nutricional de las mujeres amas de casa y trabajadoras remuneradas, con el fin de que se puedan disminuir los riesgos de padecer enfermedades que se desarrollen a partir de un estado nutricional poco saludable de estas mujeres.

Para esta investigación se cuenta con recursos materiales, económicos y humanos que facilitan el desarrollo de la misma, asegurando la viabilidad y factibilidad del estudio. Es un tipo de investigación la cuál es posible realizar en el tiempo planteado y establecido. Durante este tiempo, se puede realizar la recolección de datos, así como procedimientos anteriores y posteriores de una manera confiable y segura.

Es motivante en el proceso investigativo, que este estudio puede ser un importante aporte de información para futuras investigaciones que se realizan con base en este tema. Además, permite brindar información acerca del estado nutricional de las mujeres de un área tan importante de Costa Rica como es parte del Gran Área Metropolitana. Esta investigación va a permitir a la investigadora poner en práctica todos los conocimientos y técnicas adquiridas a lo largo de su carrera, que

no solo permiten contribuir con logros a nivel personal, sino también puede contribuir con investigaciones futuras de otros profesionales.

1.2. REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

El deterioro del estado nutricional en la población femenina tiende a incrementarse con el paso de los años y con el cambio de la industrialización de la sociedad. Uno de los principales problemas con el cuál se puede ver asociado este deterioro es por la adquisición y desarrollo de hábitos alimentarios no saludables. A partir de este factor, surge una necesidad de buscar soluciones y recomendaciones que permitan cambiar los hábitos alimentarios no saludables por aquellos más saludables con el fin de mejorar el estado nutricional de las mujeres.

El problema planteado, debe enfatizarse de la siguiente manera: ¿Cuál es el estado nutricional de mujeres adultas amas de casa en comparación con trabajadoras remuneradas según sus hábitos alimentarios en San José durante el año 2016?

La factibilidad para resolver el problema está basada en que la población brinde información verídica para poder relacionar el estado nutricional con los hábitos alimentarios, esto con una información viable. Identificar tempranamente los hábitos alimentarios que no sean saludables, permite realizar un ajuste para plantear hábitos nuevos que mejoren la calidad de vida, incluyendo un peso saludable, y por ende provocando una disminución en el riesgo de padecer enfermedades.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el siguiente apartado se presenta el objetivo general de la investigación, así como los objetivos específicos que le proceden.

1.3.1. Objetivo General

Determinar el estado nutricional de mujeres adultas amas de casa en comparación con trabajadoras remuneradas según sus hábitos alimentarios en la provincia de San José durante el segundo semestre del 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar el nivel sociodemográfico de las mujeres participantes, por medio de una hoja de recolección de datos.
2. Evaluar el estado nutricional de las mujeres utilizando mediciones antropométricas de peso y talla.
3. Valorar los hábitos alimentarios presentes en la población por medio de una frecuencia de consumo y el extracto dietético de una anamnesis nutricional.
4. Comparar los hábitos alimentarios de las mujeres amas de casa con los de las trabajadoras remuneradas.
5. Comparar el estado nutricional de las mujeres amas de casa con el estado nutricional de las trabajadoras remuneradas.
6. Relacionar los hábitos alimentarios con el estado nutricional general del total de la muestra.

1.4. Alcances y Limitaciones

En esta sección se exponen los alcances que se obtienen con el desarrollo de esta investigación; así como también las limitaciones que obstaculizan de manera directa o indirecta la investigación.

1.4.1. Alcances

Resulta significativo para la presente investigación mejorar los hábitos alimentarios de las mujeres. Se sabe que los hábitos alimentarios vienen asociados, o dependen de muchos factores, tanto internos como externos. Principalmente se deben conocer estos factores a fondo para lograr impactar los hábitos alimentarios. Por ende, el principal alcance es retomar los factores como un conjunto y lograr crear rutinas y hábitos saludables que como consecuencia vayan a tener un impacto positivo tanto en el estado nutricional de las personas, como su estado de salud en general.

En lo social, el principal alcance es que al mejorar los hábitos alimenticios, se mejore así el estado nutricional y que se disminuya la aparición de enfermedades asociadas a inadecuados estilos de vida, principalmente el factor de la alimentación. Principalmente, se quiere lograr disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el país, debido a que en la población costarricense ha ido en aumento.

Los profesionales en nutrición deben ser capaces de brindar la información adecuada en cuanto a un estilo de vida saludable, tomando en cuenta los hábitos alimentarios. Y de manera primordial, debe ser capaz de analizar la situación personal de cada individuo, para poder brindar las recomendaciones específicas para cada caso. Esto debido a que los hábitos alimentarios no siempre van a ser los

mismos en las mujeres, sino que van a depender de factores distintos y determinados para cada caso en particular.

1.4.2. Limitaciones

La principal limitación de esta investigación es la veracidad de los datos. Esto debido a que toda la información que se manipula para obtener los resultados de la investigación, van a ser brindados por mujeres, sin intervención del investigador. El tiempo con el que se cuente es otro factor limitante, que no sea apresurado ni por salir del paso, sino que se cuente con un tiempo determinado que permita recolectar toda la información necesaria.

Otra limitación es que al estarse realizando una investigación de carácter nutricional, las mujeres pueden cohibirse y no brinden los datos reales por vergüenza a cuales pueden ser sus resultados en los cuestionarios donde se analizan los hábitos alimentarios. En caso de que esto suceda, la investigación contará con resultados pero no van a ser reales, lo cual supone que se estarán brindando resultados falsos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. CONTEXTO HISTÓRICO

En el siguiente capítulo de la investigación se incluye el contexto histórico en el cual se deja en evidencia el problema que tienen los hábitos alimentarios de las mujeres, ya sean amas de casa o mujeres trabajadoras remuneradas y el impacto de estos sobre su estado nutricional, a lo largo de los últimos años, tanto a nivel nacional como a nivel internacional.

2.1.1. Nivel internacional

A continuación se describe la situación socioeconómica, el estado nutricional y los hábitos alimentarios de las mujeres, a nivel mundial.

2.1.1.1. Situación socioeconómica de mujeres que viven en una zona urbana a nivel mundial

En la mayoría de los países del mundo, existe una diferencia entre las áreas urbanas y rurales de cada país. Diferencias a nivel económico, cultural, político, demográfico, comercial, entre otras. En muchas ocasiones la zona urbana ha de tener más beneficios que la rural. Zhao et al. (2009), indican que después de la década de los 70, la brecha entre la zona rural y urbana de China se hizo aún mayor debido al incremento de la industrialización y urbanización de ese país. Aseguran que la educación en el ámbito de la salud es indispensable para que la mujer escoja, según sus necesidades, el tipo de servicio de salud que necesita. En 2002 se realizó un análisis de mortalidad materna en este mismo país, y se logró concluir que la mortalidad materna era mucho mayor en las zonas rurales que en el área urbana. Y esto se debía principalmente a dificultades económicas, además

del nivel de educación de la mujer, la ayuda de su cónyuge y de los ingresos familiares.

Ahmed et al. (2010), analiza la misma situación pero de manera más general. Concuerdan con la asociación que existe entre tres factores con la utilización de los servicios de salud en mujeres en 31 países desarrollados. Esos factores son: la economía de la mujer, la educación, y el empoderamiento de la mujer. Le llaman las tres Es. De estos tres factores, aseguran que el menos relevante es el empoderamiento de la mujer en la mayoría de los países, no así en otros como por ejemplo en algunas regiones de África. Debido a que este estudio se realizó en distintos países, la parte cultural influye de manera importante, ya que cada país tiene sus características que lo hacen distinto. Sin embargo, aún con diferencias culturales, la economía y la educación siguen siendo factores importantes para el desarrollo de una salud adecuada de la mujer. Entre más soporte económico y educacional tengan las mujeres, mejores resultados podrían obtenerse a nivel de salud.

Ziraba et al. (2009), estudia la población del continente africano. A pesar de ser el continente menos urbanizado del mundo, la población de África se está urbanizando cada vez más y está creciendo en niveles inesperados. Dentro de la parte urbana del continente, se clasifican dos sectores que son la urbana pobre y la urbana rica. Con el crecimiento de la urbanización, se puede ver afectada la condición de salud del sector urbano pobre debido a que podrían tener menos conocimiento y recursos económicos para adoptar un estilo de vida saludable.

Castro et al. (2011), analizan la situación que se ha ido presentando en un país del continente americano, Colombia. Un país más cercano y parecido al estilo

de vida de Costa Rica. En los últimos cincuenta años se ha venido dando un incremento en la participación laboral, donde es más fuerte la participación de la mujer. Los aumentos, entre otras cosas han sido generados por cambios demográficos, culturales, económicos, institucionales, entre otros. Se destaca la importancia de la educación para que se dé la participación de la mujer en el mundo laboral. Dentro de este mismo estudio se encuentra entre los resultados, que la participación laboral de las mujeres es menor que la de sus cónyuges en caso de estar casadas. Además entre mayor nivel educativo tenga la mujer, mayores van a ser sus posibilidades de competir en el mercado laboral. Sin embargo, la mayor educación del cónyuge disminuye esas posibilidades.

Zabludovsky (2001) menciona como la esfera de mujeres que trabajan y que en su mayoría son empresarias, ha crecido. Existe una tendencia al incremento de las mujeres que trabajan (y que son empresarias) en los países desarrollados. En Estados Unidos, un 25% de las empresas son dirigidas por mujeres, en Canadá las mujeres establecen dos tercios de las empresas nuevas, en Finlandia se registra que el 30% de las empresas pertenecen a mujeres, en Suecia un 25% y en Francia un 21%. De la Paz (2010), resalta que aunque esta tendencia se da con mayor poder en los países desarrollados, algunos países de América Latina no son la excepción. Desde 1990, se registra un importante incremento en la inserción de la mujer en el campo laboral y empresarial. Entre el 25% y el 30% de los empleadores pertenecen al género femenino. Principalmente se destaca México dentro de este sector del continente.

El estilo de vida urbano es muy distinto al que se lleva en el área rural. Existe mayor oportunidad de trabajo en los sectores urbanos y por ende mayor

posibilidad de aumentar los ingresos. Así como la mujer ha logrado incrementar sus oportunidades de trabajo, de la Paz (2010) resalta el hecho de que las mujeres que trabajan continúan integrándose en condiciones de desventaja con los hombres. Esto va a limitar las oportunidades de desarrollo económico.

Todos los autores antes mencionados, concuerdan que la participación de las mujeres en el mundo laboral y su estado de salud, están directamente relacionados principalmente con la educación que posea, la economía de su familia o la suya en caso de ser una mujer soltera y del empoderamiento que pueda llegar a tener. En algunos casos, esos factores son más fáciles de conseguir en las secciones urbanas de los países.

2.1.1.2. Estado nutricional de mujeres adultas a nivel mundial

La prevalencia de sobrepeso y obesidad ha ido en aumento en los últimos años. Los datos de la Organización Mundial de la Salud lo demuestran. A partir del 2011, cerca del 35% de todas las mujeres adultas padecía de sobrepeso, y una tercera parte de ellas presentaba obesidad. En ese momento, la tercera parte eran 297 millones. En ciertas regiones de Europa, del Mediterráneo Oriental, y América, esa proporción supera el 50%. En el año 2014, hace tan solo dos años atrás, 1900 millones de adultos de más de 18 años tenían sobrepeso, y más de 600 millones de personas eran obesas. El índice de masa corporal ha ido en aumento desde hace 20 años, lo que ha provocado que éste desencadene problemas y enfermedades asociadas, como la presión arterial, concentraciones de triglicéridos, colesterol y resistencia a la insulina. Todo esto, incrementa el riesgo de enfermedad coronaria, ataque isquémico, diabetes tipo 2 y síndrome de ovario poliquístico. A nivel mundial el 44% de la diabetes, el 23% de la cardiopatía

isquémica y entre el 7% y el 41% de algunos tipos de cáncer son atribuidos al sobrepeso y la obesidad. Entre ellos el cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres, tanto de ingresos bajos como de altos. Además, está aumentando el número de mujeres embarazadas con un índice de masa corporal que indica sobrepeso u obesidad, y esto hace que se den complicaciones durante el embarazo y el parto. Los bebés de esas mamás, suelen nacer de mayor tamaño, con un mayor peso y suelen padecer de obesidad y de DM tipo 2 durante la niñez o adolescencia.

Si bien, el sobrepeso y la obesidad están descontrolándose a nivel mundial, los factores de sus causas, pueden variar de país en país. Chescheir (2011), también asegura que el patrón epidemiológico en muchas áreas del mundo está cambiando hacia las enfermedades crónicas y las no transmisibles. Estos cambios están ocurriendo de forma tan rápida que el sistema médico de algunos países puede verse alterado e inclusive enfrentar con dificultades. Aspectos de la salud de la mujer se ven afectados mientras ellas se van volviendo más obesas. Se vuelve un círculo de causas y efectos.

En los países desarrollados la obesidad y el sobrepeso se han expandido de manera importante. Flegal et al. (2010) por ejemplo menciona que, en Estados Unidos, la prevalencia de obesidad es muy alta, y excede el 30% en la mayoría de los grupos por sexo y por edad. En el caso de las mujeres la prevalencia es mucho mayor que en el caso de los hombres. Aún en comparación con Canadá y con varios países de Europa, Estados Unidos sigue teniendo índices más altos de prevalencia de obesidad, en ambos sexos.

Berghöfer et al. (2008) explica como la prevalencia de la obesidad (mayor a un 25%) resultó ser mayor en Italia y en España para ambos sexos. Sin embargo, en Portugal, Polonia, República Checa, Rumania y Albania, la prevalencia fue mucho mayor en mujeres que en hombres. En general, las regiones del centro, este y sur de Europa es donde existe mayor prevalencia, en comparación con las regiones del oeste y del norte. Estos autores aseguran que la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas en la última década.

En el caso específico de España, Goday et al. (2013) asegura que el sobrepeso y la obesidad ataca más a los hombres que a las mujeres en este país, en este caso ambos sexos en estado laboral activo. Aunque, esta afirmación no concuerda con los estudios previos realizados en la población general de España, debido a que las mujeres siempre se encuentran en porcentajes más altos que los hombres con respecto al sobrepeso y la obesidad.

Es interesante, porque muchas veces el desempleo se ha asociado con estilos de vida poco saludables. Inclusive se ha creído que el desempleo produce que la persona llegue a tener un peso alto, llegando al sobrepeso u obesidad. Monsivais et al. (2015) reveló que en El Reino Unido el convertirse en desempleado, hace que se aumente de peso considerablemente, principalmente en mujeres. Y no solo en personas desempleados, sino también que los trabajos inseguros hacían que se diera un aumento de peso. Entonces, consideran que un trabajo seguro con consideraciones saludables, ayuda a las personas a mantener un peso normal y a mantenerse saludables.

La mayoría de los países del mundo están sufriendo una crisis con el sobrepeso y la obesidad, sin embargo, existen otros países en donde prevalecen

otros estados nutricionales. La Organización Mundial de la Salud (2011) asegura que el bajo índice de masa corporal y la baja talla son comunes en las mujeres que viven en países de bajos ingresos. Las tasas más elevadas de mujeres con bajo índice de masa corporal se encuentran en países de Asia meridional y Asia sudoriental, seguidas por África subsahariana. Existe una prevalencia crítica, con más del 40% en Eritrea y Bangladesh. En Cambodia, India, Madagascar, Etiopía, Malí, Nepal y Yemen, la prevalencia se considera como grave (20-39%). En la mayoría del resto de los países, la prevalencia oscila entre un 10% y un 19%.

Igualmente para este caso, las mujeres que están embarazadas y presentan bajo índice de masa corporal o baja talla, también pueden sufrir de complicaciones durante el embarazo o parto, como por ejemplo con el retraso del desarrollo fetal. Los niños que nacen con bajo peso tienen más posibilidad de muerte en el periodo neonatal y de padecer enfermedades no transmisibles como la diabetes tipo 2 en su vida adulta (OMS, 2011).

El estado nutricional de las mujeres a nivel mundial va a depender de los factores de cada país o de cada región, ya sean culturales, económicos, políticos, entre otros. Sin embargo, existe un desequilibrio y existen extremos hoy en día con respecto a estados nutricionales de las mujeres. La OMS (2011), indica que para que mejore el estado nutricional de la mujer, se debe actuar en distintos sectores de la salud. En el ámbito social y económico, se incluye la intervención en la educación universal de la mujer, trato de grupos minoritarios, la redistribución de recursos, entre otros. En el sector de agricultura, mejorar la calidad nutricional de los productos, invertir en las actividades de los pequeños agricultores, utilizar

nuevas tecnologías que permitan aumentar la productividad y al mismo tiempo las mujeres tengan tiempo para el cuidado de sus hijos, entre otras.

2.1.1.3. Hábitos alimentarios de mujeres adultas a nivel mundial

Uno de los factores que interactúa con los hábitos alimentarios en muchas ocasiones es la situación emocional de las personas. En México se realizó un estudio donde se analizaron distintas características de la conducta alimentaria, tanto de mujeres como hombres que presentaban obesidad. Reséndiz et al. (2015) recibió como resultado, que las mujeres “pican” alimentos con mayor frecuencia. Además de eso, las mujeres comen hasta sentirse incómodas con mayor frecuencia que los hombres. Las mujeres de este estudio se dedicaban al hogar, por lo que es posible que al mantenerse en la casa preparando alimentos, ellas hayan desarrollado estas conductas. La mitad de las mujeres en el estudio, realizan únicamente tres comidas al día, lo que pudo haber provocado que su metabolismo se haya vuelto más lento con el paso del tiempo, si su rutina ha sido realizar tres tiempos de comida al día. Según este estudio, se analizó que existen ciertos comportamientos que se ven favorecidos conforme aumenta el IMC. Entre ellas: comer entre comidas, picar alimentos, comer sin hambre y tener antojos de alimentos altos en grasa.

En otras poblaciones funciona de forma distinta si se toma en cuenta otro factor: la cultura y estilo de vida de cada país. Cada región del mundo funciona diferente y al asociarlo con los hábitos de alimentación, se pueden incluir factores socioeconómicos, religiosos y culturales. Por ejemplo, Holmboe y Wandel (2012), analizaron la situación de migrantes asiáticos al continente europeo y notaron que su dieta se volvió menos saludable al mudarse a este continente. Cambiaron

alimentos que eran base en su alimentación, como distintos tipos de granos enteros, por alimentos más altos en grasa y en energía, como cereales endulzados, panecillos dulces, y carbohidratos refinados. Este es un claro ejemplo de que los hábitos alimentarios cambian de una región a otra.

Además de las diferencias regionales y emocionales, los hábitos alimentarios también pueden depender de estados de estrés. El estrés puede promover cierto riesgo de padecer obesidad, debido a que provoca en las mujeres un descontrol por optar por alimentos altos en azúcares, grasas y alimentos con calorías vacías. Esto conduce a que las mujeres estén desarrollando hábitos alimentarios inapropiados y que la dieta que consuman sea de baja calidad. Este es el caso de un estudio realizado en Estados Unidos, donde se evalúan mujeres mayores de 18 años bajo estados de estrés que son de bajos recursos económicos. Richardson et al. (2015), asegura que las mujeres con un peso bajo o normal, son las mujeres que estaban bajo un menor estrés percibido, a diferencia de las que presentaban sobrepeso u obesidad (que fue la gran mayoría de mujeres). Se pudo asociar que las mujeres que presentan mayor estrés percibido, son aquellas que a su vez presentan hábitos alimentarios no saludables. Esto debido a que en esos momentos emocionales, existe un descontrol por la comida, y esto funciona como un mecanismo de defensa. El factor económico en este caso también afecta. Esto puede ser lo que provoque el estrés o simplemente no es suficiente para poder adquirir una dieta de alta calidad.

Jovicic (2015), pudo comprobar como al aumentar la edad, el conocimiento acerca de los hábitos alimentarios saludables también aumenta. Se refiere a conocimiento todo lo que tenga que ver con comportamientos a la hora de comer,

elección de alimentos, preparación de alimentos y consumo de alimentos. En este caso, mujeres de más de 31 años demostró estar más consciente con la selección y consumo de alimentos más saludables. Ha habido un contexto social que afecta la cantidad de comida que se consume, y en este estudio se demostró que las personas que están cuidando su salud con la comida, procuran no salir tanto como antes, debido a que lo que van a consumir afuera no va de acuerdo a su dieta. Jovicic (2015) concuerda con Richardson et al (2015) y Reséndiz et al (2012) en el sentido de que los hábitos alimentarios dependen mucho de las cargas emocionales. No solo las mujeres en este caso, sino también hombres, al experimentar emociones negativas como miedo, enojo y tristeza, suelen tener un impulso descontrolado por el consumo de alimentos. Mientras que si se experimentan emociones positivas, puede suceder completamente lo contrario.

Los hábitos alimentarios alrededor del mundo han ido cambiando, y en algunos países se han encaminado hacia los menos saludables. Sin embargo, los hábitos se desarrollan individualmente tomando en cuenta todos los factores que los rodean.

2.1.2. Nivel nacional

A continuación se desarrolla la situación socioeconómica, el estado nutricional y los hábitos alimentarios de las mujeres adultas en Costa Rica.

2.1.2.1. Situación socioeconómica de mujeres que viven en Costa Rica

Según el INAMU (2015) en el Segundo Informe de los Derechos de la Mujer en Costa Rica menciona, que Costa Rica ha venido enfrentando una serie de

cambios socioeconómicos, producto de la contracción y expansión que han afectado la economía, no solo a nivel nacional sino también internacional. Esto principalmente surgió a partir de la crisis que se dio entre 2008 y 2009. Desde hace 20 años atrás, las mujeres han alcanzado mucha más participación en el mercado laboral del país, sin embargo, sus condiciones de trabajo parece que no han mejorado. A pesar de esto, también se han reportado datos en el incremento del desempleo de la mujer, y se dice que esto se debe principalmente a las responsabilidades domésticas y familiares que se asocian con ella.

En el periodo del 2010-2013, las mujeres mantienen un ingreso leve pero sostenido, mientras que para el 2013 la población masculina se redujo en un 1%. Esta condición indica que a partir de ese año se dio una participación más activa en la economía nacional por parte del género femenino. Y aunque se dio en todas las regiones del país, principalmente se toma en cuenta la región central debido a que alberga los principales focos de la economía nacional. A pesar de todo esto, para el 2013, las mujeres alcanzan una tasa de desempleo del 10,8. Mientras que la tasa de desempleo de los hombres es de un 7% y aproximadamente un 40% de las mujeres reciben un 95,5% del salario que reciben los hombres por realizar el mismo trabajo. El Ministerio de Salud (2014), menciona que tanto en la zona urbana como en la rural, disminuyó la tasa de desempleo para el último trimestre del 2013.

Asimismo, el INAMU destaca que la desigualdad salarial en Costa Rica tiene que ver con muchos factores. Entre ellos las obligaciones familiares, la edad reproductiva de la mujer, el cuidado de niños y las obligaciones domésticas. Además, la educación resulta ser un factor muy importante. Al día de hoy persisten muchas

dificultades para que las niñas se mantengan dentro del sistema educativo, lo que ocasiona que a largo plazo tengan menos opciones de trabajo y posiblemente en condiciones menos favorables. El sexo femenino presenta además varios factores que impiden que logre ascensos o reconocimientos para elevar su ingreso, como por ejemplo cuando se dedican al cuidado de los hijos en los períodos de infancia, o durante los últimos y primeros meses del embarazo, donde la mujer no asiste al trabajo. En el caso de los hombres, eso no sucede, por lo que puede ser una gran desventaja en el ámbito laboral y económico.

Además, este informe menciona que en Costa Rica, el mayor porcentaje de personas sin ingresos propios, son las mujeres. El trabajo doméstico no remunerado es fundamental para el desarrollo humano, tanto de manera individual, como de manera social. Las tareas que se incluyen dentro del trabajo doméstico demandan más tiempo efectivo promedio por parte de las mujeres que de los hombres. De acuerdo con datos del 2010-2013, por cada 100 mujeres inactivas que no pudieron trabajar por atender obligaciones familiares o personales, 20 hombres pasaron por la misma situación. Por ende, las obligaciones familiares y el trabajo doméstico condicionan la participación laboral de las mujeres, lo cual produce que su ingreso vaya a ser nulo o intermitente. Seguidamente, ambos sexos contestaron que la razón de su desempleo es que “no hay trabajo en la calle”. Un 4% de los hombres dice que su desempleo se debe a que tiene obligaciones con el cuidado de algún familiar, mientras que las mujeres representan en este rubro un 10,7%. En porcentajes muy parecidos ambos sexos contestan que una razón es la edad que tiene al igual que considera que no obtienen trabajo por falta de educación.

Es interesante mencionar que el INAMU reporta que en Costa Rica, 7 de cada 10 personas considera que en este país existe discriminación hacia las mujeres en el empleo. La discriminación que sufren las mujeres en el trabajo tiene que ver con etnia, religión, ideología, entre otros, sin embargo, el porcentaje más alto corresponde a la discriminación por el hecho de ser mujeres por medio de situaciones concretas como recibir un salario inferior por hacer el mismo trabajo que un hombre y tener la misma preparación, que se le asignen tareas únicamente de limpiar los pisos, servir café, decorar el lugar, entre otros.

2.1.2.2. Estado nutricional de mujeres adultas en Costa Rica

El Ministerio de Salud (2009) realiza la encuesta más reciente de nutrición de Costa Rica en el período del 2008-2009. Aunque no es actual debido a que han pasado ya 7 años desde esa toma de datos, es la única fuente de datos actualizada con que se cuenta de la población costarricense. En esta encuesta se obtienen resultados bastante preocupantes sobre el estado nutricional de las mujeres. En primer lugar, el sobrepeso y la obesidad vienen en aumento desde edades tempranas. Los niños y las niñas del país sufren de sobrepeso y obesidad desde los 5 años de edad. Y las niñas se apoderan de los porcentajes más altos. Es decir, que desde la niñez las mujeres tienden a tener estados nutricionales menos saludables que los hombres en Costa Rica. Lo cual provoca que posiblemente sea un patrón que se continúe por el resto de la vida, si no se toman medidas al respecto.

Para el 2009, las mujeres entre 20 y 44 años de edad, presentan un 59,7% sobrepeso y obesidad. Un 38,4% presenta un estado nutricional normal y tan solo un 2% presenta bajo peso. En la década de los ochenta, el estado que sobresalía

era el estado nutricional normal, sin embargo, éste ha ido cambiando por el sobrepeso y la obesidad. Desde 1996, el sobrepeso y la obesidad aumentaron un 13,8%, haciendo que el estado nutricional normal descendiera un 6,7%. Por otra parte, y como buenas noticias, el bajo peso disminuyó. El porcentaje era de 18,3 en los ochenta, pasando a un 9% para la década de los noventa y un 2% para el 2009. A pesar de que el porcentaje bajó, se hubiera esperado que estas mujeres entraran dentro de la casilla de peso normal y no con sobrepeso u obesidad.

Para las mujeres entre los 44 y los 64 años, sucede de forma muy similar al grupo anterior. El sobrepeso y la obesidad han ido en aumento desde la década de los años ochenta también para este grupo de mujeres. Aumentando un 21,7% para el 2009. El bajo peso también disminuyó, y el estado nutricional normal prácticamente se ha mantenido igual desde los años noventa. En comparación con los hombres, las mujeres tienen porcentajes mayores de sobrepeso y obesidad. Con estos datos se pueden ver patrones que recalcan que es probable que los hábitos alimentarios hayan ido cambiando para hacer que el sobrepeso y la obesidad se hayan elevado en tan poco tiempo.

El Ministerio de Salud (2014) aclara que la desnutrición a pesar de que afecta más a niños y niñas, tiene consecuencias también en la vida adulta. En el caso de las mujeres, estas tienen más probabilidad de tener hijos desnutridos si este es el caso de ellas. La tasa de desnutrición más alta en el país se da en la provincia de Guanacaste, pero en segundo lugar se encuentra San José con un 34,96%. La desnutrición es un estado nutricional que se asocia con incidencia de pobreza y de desempleo. Por eso Guanacaste es la primer provincia con alto

porcentaje de desnutridos, porque es la región con una de las tasas más altas de pobreza extrema y con mayor tasa de desempleo del país.

Al presentar sobrepeso y obesidad, las mujeres enfrentan otros problemas o enfermedades que se pueden ver asociados con estos estados nutricionales. El porcentaje de personas mayores de 20 años con circunferencia de cintura clasificada como riesgo es mucho mayor en mujeres que en hombres de Costa Rica. Las mujeres de entre 20-44 años presentan un 40,9%, las mujeres que van desde los 45-64 años de edad presentan un 57,5% y las mujeres que son mayores a 64 años presentan un 67%. Mientras que los hombres de entre 20-64 años presentan únicamente un 14,4% y los mayores a 64 años un 21,7%.

Las cifras, tanto en estado nutricional como en circunferencia de cintura son más alarmantes en el género femenino. El sobrepeso y la obesidad llevan la delantera con las mujeres en casi todos los grupos de edades, principalmente en la vida adulta.

2.1.2.3. Hábitos alimentarios de mujeres adultas en Costa Rica

El Ministerio de Salud (2014) asegura que el tema de los hábitos alimentarios en el país es de gran interés tanto para el ámbito de salud como también para el económico. A pesar de existir una reducción en las enfermedades infecciosas a nivel mundial asociadas con el hambre, la pobreza, y la malnutrición, las enfermedades no transmisibles han ido en aumento y se asocia con un cambio en el estilo de vida a uno más industrializado y urbano. Los hábitos alimentarios y la actividad física han cambiado en la población. Las dietas de la sociedad moderna han sido modificadas por dietas altas en azúcares, grasa y sodio. Todo

esto se demuestra no solo en el aumento de peso de la población, sino también con la prevalencia de enfermedades asociadas con la obesidad.

Los estudios que se han realizado en Costa Rica acerca de los hábitos alimentarios y del consumo de alimentos contienen muy poca información. Sin embargo, existe alguna información gracias a las encuestas realizadas por el INEC y por el Ministerio de Salud. En el 2001 se realizó la Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos y en esta encuesta se observa que los alimentos más consumidos por persona en el país son, el arroz, la leche y los vegetales, mientras que los menos consumidos son los quesos, los frijoles y las grasas. Para estos años, el consumo de vegetales era bastante alto. Las carnes más consumidas por la población son el pollo, res y en último puesto el pescado. Claramente, el consumo de pescado se consume con mayor frecuencia en los lugares costeros. En cuanto al consumo de grasas, en esta casilla el principal alimento que se consume es el aceite vegetal. Esto es bueno y refleja que la población recibió un poco de educación nutricional debido a que en encuestas anteriores, el aporte de grasa venía principalmente de la manteca que era el ingrediente con el que las mujeres cocinaban anteriormente. Esta información está desactualizada debido a que son datos tomados desde hace 15 años y claramente los hábitos alimentarios de la población han cambiado en los últimos años, sin embargo, son los más completos que se tienen hasta el momento. Lo que sí está claro, es que lo que se consume en cada lugar va a depender del acceso, la disponibilidad, precio y preferencias del consumidor, todos relacionados con la región del país en donde se encuentre.

En los hogares se destina gran parte del ingreso para la compra de alimentos, ya sean crudos adquiridos en supermercados, pulperías, establecimientos de alimentos preparados o listos para consumir. En la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares, ENIGH (2014), se logra estimar que para el año 2014, la población costarricense disminuyó el gasto en alimentos y bebidas en comparación con el 2012. Según esta misma encuesta, es importante recalcar la conducta de la población ante la compra de alimentos preparados fuera de casa, ya que se encuentra dentro de los tres primeros puestos de alimentos consumidos.

El INEC describe la canasta básica como el conjunto de alimentos que es seleccionado según su aporte calórico y su frecuencia de consumo, expresados en cantidades que permitan satisfacer aunque sea las necesidades calóricas promedio de una población de referencia. Y aunque la canasta básica sirve para medir el consumo de alimentos, también sirve como un instrumento de medición económico. Con la canasta básica se pueden identificar las familias que se encuentran en pobreza o pobreza extrema y además se puede analizar el tipo de alimentación que la persona o la familia esté consumiendo.

Los hábitos alimentarios de las personas costarricenses no solo dependen de sus escogencias o de sus conocimientos nutricionales, sino también del ámbito económico, de sus ingresos, y de cuánta parte de ellos se pueda destinar para la compra de alimentos. Claramente, el estado nutricional de las mujeres ha aumentado con el paso de los años, por lo que indica que los hábitos alimentarios han dejado de ser saludables y al mismo tiempo se mezcla con una sociedad cada vez más sedentaria.

2.2. CONTEXTO TEÓRICO CONCEPTUAL

En esta sección se presentan una serie de apartados que contienen información bibliográfica relacionada con los hábitos alimentarios y estado nutricional en mujeres con el fin de lograr abarcar el tema más ampliamente. Además se desarrollan ciertas características asociadas con la vida de la mujer adulta.

2.2.1. Definición de hábitos alimentarios

La alimentación es algo común que une a todas las nacionalidades, alimentándose se satisface una necesidad vital de todos los seres humanos. En una buena alimentación influye la calidad de los alimentos, la cantidad y los hábitos alimentarios. El MEP (2012), considera que un hábito es un proceso que se da de manera gradual y que se va adquiriendo conforme pasan los años, siempre y cuando se repita una práctica en específico. Por lo tanto, un hábito alimentario es un patrón de consumo de alimentos que se ha enseñado o se va adoptando gradualmente según los gustos y preferencias de una persona. Existen hábitos alimentarios saludables y no saludables, y en un alto porcentaje la salud humana depende de cómo se pongan en práctica estos hábitos.

Además de la definición general de hábitos alimentarios que propone el MEP, Reséndiz et al (2015) agrega que, un hábito alimentario tiene que ver con el número de comidas diarias que se realizan, los horarios en los cuales se consumen los alimentos, la manera en que se obtienen, la forma de almacenamiento, la manera en que se decide cuánto, dónde y con quién se

consumen esos alimentos, además de las técnicas de preparación y utilización de alimentos a lo largo del día. Así que un hábito alimentario depende de muchos factores y no sólo de uno.

Por su parte, Campo (2011), agrega que la elección de un alimento y el desarrollo de los hábitos alimentarios están relacionados con las condiciones organolépticas de este, es decir, olor, sabor, textura, apariencia, entre otros, así como también se relaciona con factores cognitivos, emocionales, sociales, personales, habilidades, creencias, religión, factores económicos y culturales. Los hábitos alimentarios influyen en nuestra alimentación y al depender de muchos factores más, hace que estos varíen de un lugar a otro. Estos factores evolucionan con el paso del tiempo, por ejemplo, la economía no es la misma durante una guerra, la sociedad del siglo XX era muy distinta a la que es ahora, el mundo es más globalizado ahora de lo que era antes, por ende, los factores que influyen en los hábitos alimentarios cambian, por lo que sería de esperar que los hábitos también cambien con el paso de los años.

2.2.2. Origen de los hábitos alimentarios en el ser humano

Los hábitos alimentarios han existido desde tiempos remotos y con el paso de los años han ido evolucionando según evoluciona la sociedad y todo lo que a ella rodea. Vásquez et al. (2005) explica como el hombre primitivo fue cazador y se dedicó a la búsqueda de alimentos antes de convertirse en agricultor y recolector. El número de especies que se iban incorporando en la dieta estaba

ligado al lugar donde estuvieran habitando por un período determinado. En aquel tiempo, las grandes civilizaciones de la historia, estuvieron ligadas con la capacidad del hombre de producir alimento. Calvo et al. (2012) mencionan que los hombres primitivos seleccionaron alimentos del medio en el que vivían y comenzaron a aprender con el sistema de prueba y error. Mientras iban experimentando, descubrieron un gran número de posibilidades y recursos. Iniciaron procedimientos de preparación y conservación de alimentos, los perfeccionaron y fueron mejorando sus formas de consumo desde las más rústicas hasta las más exquisitas e inclusive tecnológicas para hoy en día. La humanidad ha ido creciendo a partir de esta herencia y ha ido creando y construyendo un patrón alimentario ligado a los alimentos propios que constituyen en una zona, pero también con el intercambio con otras zonas y regiones. La humanidad ha pasado por momentos donde existieron grandes y elaborados banquetes en la historia, hasta momentos de terribles hambrunas producto de guerras y crisis económicas, pero siempre cada región o país adaptándose al tipo de alimentación que conocían. El consumo de los alimentos ha ido cambiando con el tiempo y la humanidad ha podido ver ampliadas sus posibilidades gracias a los descubrimientos geográficos, migraciones de poblaciones, intercambios y presencia de nuevas tecnologías.

Analizando más al lado cotidiano y actual de los comportamientos alimentarios, estos hábitos son prácticas que se aprenden y se desarrollan. Por eso, el MEP (2012), en una cápsula de hábitos de alimentación saludable, asegura que la formación de los hábitos alimentarios inicia desde edades muy tempranas,

por lo que es de gran importancia que desde el momento en el cual se comienzan a introducir alimentos sólidos a la dieta de los bebés, se les vaya enseñando la importancia para la salud y el bienestar de ellos al consumir ese tipo de alimentos. Además de eso, es importante también que al niño se le enseñe a respetar horarios de comida, así como los espacios donde se consuman los alimentos. Por lo tanto, las primeras edades y la etapa escolar presentan ser un espacio fundamental para el desarrollo de hábitos alimentarios saludables. En las etapas preescolar y escolar, los niños y niñas están más vulnerables a la adopción de nuevas prácticas.

Para Arce y Claramunt (2009), la modificación de los hábitos alimentarios requiere de un proceso gradual que vaya de la mano con metas factibles, para ir alcanzando con el paso del tiempo el cambio propuesto por la persona y así asegurarse que la adopción de la nueva práctica perdure para largo plazo. Por eso está comprobado que en la niñez es más fácil promover los buenos hábitos alimentarios que modificarlos en la vida adulta. Calvo et al. (2012), concuerdan con que los hábitos alimentarios se pueden modificar, siendo más fácil en la vida joven. Por eso, cuanto más se haga por desarrollar buenos hábitos en la infancia y adolescencia, mejores resultados se obtendrán en el futuro. Los adultos modifican sus conductas alimentarias por razones de salud, por experiencias positivas y por convicción a partir de conocimientos pero siempre con mayor esfuerzo y dificultad.

El Ministerio de Educación de España (2000), en una publicación de Nutrición saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios, concuerda y afirma que los hábitos alimentarios nacen en la familia, se pueden reforzar en la

escuela y se contrastan en la comunidad. La evolución del comportamiento alimentario se produce como consecuencia de varios factores. Se pueden destacar tres muy importantes: el paso de una economía de autoconsumo a una economía de mercado, el paso de la mujer al trabajo fuera del hogar y las nuevas organizaciones familiares. Sin embargo, en algunos países, los hábitos alimentarios siempre han sido ratificados por la cultura. Es la cultura la que indica qué se debe comer, qué es aconsejable para los niños, cuáles alimentos son adecuados para mujeres embarazadas, lactantes, etc, e inclusive incluye prohibiciones o prescripciones de alimentos para distintos grupos de edad.

2.2.3. Factores que influyen en el desarrollo de los hábitos alimentarios durante las etapas de la vida

Anteriormente se mencionó de manera general que los hábitos alimentarios no dependen de un solo factor sino de varios factores. El Ministerio de Educación de España (2000), menciona que la disponibilidad de alimentos que tenga una persona es tan importante como la elección que la persona realice de los alimentos. La disponibilidad es acompañada de la infraestructura presente en la zona donde viva una persona, eso va a hablar bastante de las comunicaciones comerciales en la zona. También depende de la política y la economía del momento, debido a que estos dos son factores que pueden estar cambiando. El clima también es un punto esencial. Existen países que presentan marcadas estaciones y esta condición no les permite cosechar un mismo producto por un largo tiempo, por lo que tienen que cosechar productos distintos, además de que

en algunos lugares los extremos climáticos hacen imposible que se mantenga una constante alimentaria propia de la región. Por ende, la manera de manejar las cosechas y los climas va a depender de cada región. Pero al analizarlo desde una perspectiva más personal, la elección de alimentos también depende de factores que algunas no tienen que ver con el exterior y otras sí. Tomar una decisión acerca de cuáles alimentos consumir depende de la educación nutricional que tenga la persona y si le gustaría ponerla en práctica. Además, depende de reglamentos religiosos, costumbres y tradiciones tanto familiares como regionales. En el marco familiar incluye las preferencias alimentarias con las cuales una persona haya crecido. Y en este punto se puede observar como los factores se trasladan hasta el momento del crecimiento donde los padres enseñan ciertas costumbres y preferencias. Un poco más hacia lo social, la publicidad tiene mucho poder de influencia a la hora de escoger alimentos. El *marketing* se encarga de ofrecer al consumidor la mejor oferta posible. Y aquí entra otro factor y es el marco educativo y cultural de la persona. El nivel educativo muchas veces permite a la persona tener mejores ingresos para consumir mejores productos, aunque no siempre este es el caso.

Se puede afirmar entonces que todos los elementos están conectados, un hábito alimentario se desarrolla sumergido dentro de múltiples factores que a lo largo de la vida van evolucionando o cambiando. Vásquez et al (2005) concuerda y afirma que las prácticas alimentarias no son rígidas sino que son dinámicas. Cambian según cambian los tiempos y las circunstancias así como las situaciones que rodean a un sujeto. El futuro de la alimentación de un país tiene estrecha

relación con los cambios que son previsibles en una sociedad; con el crecimiento de una población, con el envejecimiento de la población, la disminución del tamaño de las familias, el aumento de la actividad femenina y muchos más.

Por su parte, Clavo y Candela (2012), mencionan otros factores muy importantes, que son muy diferentes en todas las personas. Los hábitos alimentarios están ligados a estilos de vida, al sistema laboral en el cual se encuentre, a la manera en como una persona dedique su tiempo libre, la forma de relacionarse con las demás personas y en distintos ambientes y a la organización que se tenga dentro de la familia.

Es importante también mencionar otro factor que recalca el Ministerio de Educación de España (2000) y es un cambio social que se está produciendo a nivel mundial con mayor frecuencia, la migración. Muchos ciudadanos están migrando a formar parte de otras sociedades en búsqueda de mejorar sus condiciones de vida. Las costumbres y hábitos alimentarios de los inmigrantes, muchas veces pueden ser totalmente diferentes a las del país que los recibe y es importante que estas costumbres y hábitos se respeten y en el mejor escenario posible lo ideal sería que esos hábitos puedan servir para bien del país que los recibe, así como también que ese país pueda inculcar buenos hábitos alimentarios a la persona inmigrante. El mundo de hoy se ha convertido en una aldea global y bajo las multinacionales que hacen de la publicidad un instrumento de convicción, se obtiene gran uniformidad en los hábitos alimentarios, especialmente entre las personas más jóvenes.

2.2.4. Hábitos alimentarios saludables y no saludables

Para definir lo que significa un hábitos alimentario saludable, Calvo et al. (2012) explican que la comida de cada día se debe realizar de forma adecuada, desde el punto de vista de presencia de alimentos que aporten la adecuada cantidad de nutrientes y que se adapte al sujeto que los esté recibiendo para combatir la enfermedad y promover la buena salud. La alimentación cumple funciones nutricionales, simbólicas y gustosas y cada cultura determina lo comestible, su forma de preparación, distribución y consumo. Y es precisamente desde la cultura donde se determinan cuáles son los alimentos “buenos” y cuáles son los “malos”.

La OMS (2015) explica que una dieta saludable ayuda a proteger de la malnutrición en todas sus formas, así como de las enfermedades no transmisibles. La composición exacta de una alimentación saludable, variada, equilibrada e inocua, depende de las necesidades de cada persona; del sexo, la edad, ejercicio físico, etc, además del contexto cultural, los hábitos alimentarios y la disponibilidad de alimentos localmente. Sin embargo, existe una tendencia actual a nivel mundial que está impidiendo el desarrollo de una alimentación saludable y se debe a la rápida urbanización, el aumento de la producción de alimentos procesados y el cambio en los estilos de vida, que han dado lugar a nuevos hábitos alimentarios. Por su parte, las dietas insalubres y la falta de actividad física están dentro de los factores de riesgo de salud a nivel mundial. Hoy en día se consumen más alimentos hipercalóricos, más grasas saturadas, más grasas trans, más azúcares

libres y más sal o sodio; además, hay muchas personas que no comen suficientes frutas, verduras y fibra dietética, como por ejemplo cereales integrales.

Calvo et al. (2012) continúan explicando que todos los alimentos tienen su lugar en la dieta diaria de las personas. Por supuesto exceptuando aquellos que sean prohibidos en alguna patología. En este sentido entonces no existe una línea de alimentos buenos o alimentos malos, sino más bien una línea de frecuencia de consumo de alimentos, volumen de raciones, además del control y la moderación que debe existir para determinados grupos de poblaciones. Muchas personas están conscientes de que algunos de sus problemas de salud están relacionados con su forma de alimentación y con los excesos, sin embargo tienen mucha dificultad para realizar cambios en los hábitos de alimentación y les cuesta someterse a los controles que plantea una forma de vivir distinta a la que llevan. ¿Pero cuáles son las razones por las que las personas no cambian sus hábitos alimentarios? Existen varias razones, pero las principales son las siguientes: primero, porque las personas no perciben los riesgos que puedan darse a partir de ciertos hábitos inadecuados, con el pensamiento de que a largo plazo nada les va a suceder. Segundo, porque existe un cierto apego por las dietas o los alimentos de alto riesgo como los ricos en grasa, excesivo consumo de proteína de origen animal, productos azucarados, alto consumo de alimentos salados, bebidas como gaseosas en lugar del agua, entre otros. Y por último, colaboran los numerosos estímulos externos mediante las altas inversiones de publicidad por parte de empresas, que por supuesto la mayoría de ellas van dirigidas a productos que no son esenciales para la salud.

En Costa Rica, existen las guías alimentarias para informar y enseñar a la población a desarrollar buenas prácticas alimentarias. El Ministerio de Salud (2011), las creó con los siguientes objetivos: primero, guiar al consumidor en la selección y adopción de un patrón alimentario que contribuya a desarrollar un patrón alimentario saludable. En segundo lugar, brindar información que pueda ayudar a ejecutar programas de educación nutricional en la población. Y en tercer lugar, ofrecer un instrumento que permita educar en alimentación y nutrición de la población costarricense. El Ministerio de Salud, en las Guías Alimentarias para Costa Rica (2011) comparten once consejos que se acoplan a la población e incluyen alimentos disponibles en el país. Los once consejos son:

1. Una alimentación variada, higiénica y natural es saludable. En el país se utiliza el círculo de la alimentación saludable que permite ayudar a seleccionar los alimentos para tener una alimentación variada y balanceada. Para funcionar con toda la vitalidad, el cuerpo necesita consumir una variedad de alimentos en cantidad adecuada con el fin de adquirir las sustancias necesarias. Cuando el cuerpo está funcionando en su mejor capacidad, se tiene más energía y más resistencia para combatir las infecciones.
2. Mantener un peso que beneficie la salud. Debe existir un balance entre el consumo de alimentos y el gasto de energía. Este gasto se logra principalmente con la actividad física. Es importante utilizar un horario regular de comidas donde se consuman pequeñas porciones de alimentos, comer despacio y masticar muy bien cada bocado de alimentos y tomar

suficiente agua. Eso hace que el metabolismo mejore y que el consumo de alimentos sea adecuado, evitando el exceso.

3. Comer arroz y frijoles; son las base de la alimentación diaria. Este grupo de alimentos brinda energía necesaria para que el cuerpo trabaje de manera funcional. Proporcionan fibra, vitaminas del complejo B, hierro, potasio y zinc.
4. Consumir al menos cinco porciones entre vegetales y frutas. Tienen nutrientes esenciales como vitaminas y minerales además de fibra y antioxidantes que ayudan al cuerpo a combatir enfermedades e infecciones.
5. Seleccionar alimentos de origen animal bajos en grasa. Son la mejor fuente de calcio, además de que contienen proteína de muy buena calidad, vitaminas y minerales. Ayudan con la construcción y regeneración de tejidos y células del cuerpo. El consumo de este grupo de alimentos a lo largo de la vida ayudan a combatir la osteoporosis. Para que se utilice mejor el calcio proveniente de los lácteos por ejemplo, es importante que se realice algún tipo de actividad física. Se debe evitar el consumo de carnes procesadas y embutidos por su contenido de grasa y aditivos químicos.
6. Elegir grasas saludables. Las saludables son las insaturadas que generalmente están líquidas a temperatura ambiente. Las saturadas son generalmente sólidas a temperatura ambiente y si se consumen en exceso pueden elevar los niveles de colesterol. Con este grupo de alimentos se debe tener cuidado y se debe consumir en pequeñas cantidades.

7. Comer menos azúcares. El azúcar produce energía, pero en un exceso se almacena en el cuerpo en forma de grasa lo que puede ocasionar problemas de salud al consumidor.
8. Disminuir el consumo de sal. Una alimentación que contenga un alto contenido de sal, puede provocar una presión arterial alta. Al consumir menos sal, se puede evitar la pérdida de calcio de los huesos. Lo ideal sería que se consuma una cucharadita al día de sal en las preparaciones.
9. Tomar agua todos los días. Es esencial para la vida, proporciona el 60% del peso de un adulto. Ayuda con la buena digestión y absorción de nutrientes, limpia el organismo porque elimina toxinas y sustancias de desecho y regula la temperatura corporal normal.
10. Hacer actividad física todos los días. Disminuye el riesgo de padecer enfermedades del corazón, alivia el estrés, ayuda a controlar el peso corporal, aumenta la sensación de bienestar, entre otros. Lo recomendado es que se realice al menos 30 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada.
11. Compartir los momentos de alimentación en un ambiente tranquilo. Esto provoca que se realice una buena digestión. Comer despacio, en un lugar tranquilo, donde el cuerpo esté en una posición cómoda, y prefiriendo los alimentos que son preparados en casa.

Muchos países tienen sus guías alimentarias y todas son distintas. Cada una se acopla a las necesidades y características de la población. Además todas las necesidades y problemas de los países van a depender de cómo se

esté desarrollando la población, por lo que el enfoque de cada guía alimentaria va a ser diferente. La de Costa Rica, brinda esos once consejos, respondiendo a los principales problemas que se estudiaron en la población costarricense.

2.2.5. Generalidades del estado nutricional en la mujer

Para Brown (2008), la valoración del estado nutricional en grupos o en individuos, constituye un requisito previo para la planeación o solución de los problemas de salud que estén relacionados con la nutrición. Se puede valorar el estado nutricional de un grupo como también de un individuo. A nivel grupal, se identifica el estado de una población específica mediante el uso de indicadores amplios de nutrición y salud, por su parte, la valoración individual proporciona las bases para que se pueda brindar una orientación preventiva y una intervención alimentaria.

La evaluación del estado de nutrición individual incluye cuatro elementos principales entre los cuales Brown (2008) menciona: la valoración clínica o física, la valoración antropométrica, la valoración dietética y la valoración bioquímica. Se requieren datos de todas estas áreas para describir el estado nutricional de una persona. En cada valoración se pueden analizar distintos elementos que complementan las otras valoraciones. La valoración clínica/física incluye una inspección visual por parte del profesional de salud, para detectar rasgos que puedan evidenciarse a simple vista. Por ejemplo, la grasa corporal excesiva,

palidez, cabello quebradizo, uñas debilitadas, entre otros. Las características físicas son indicadores inespecíficos, pero permiten sustentar y brindar información para otros hallazgos. La valoración dietética permite analizar hábitos alimentarios y las conductas alimentarias utilizando distintos instrumentos. La valoración antropométrica incluye las mediciones individuales de talla, peso, porcentaje de grasa, densidad ósea, circunferencias corporales, entre otros. Para esto es importante realizar las mediciones de manera adecuada, ya que a partir de ellas se pueden encontrar resultados importantes. Y por último, la valoración bioquímica estudia los marcadores biológicos que son importantes para la nutrición. Los marcadores que se deben medir deben ser de acuerdo a los problemas sospechados en la persona. Al realizar un análisis completo con estos cuatro factores, entonces se puede determinar cuál es el estado nutricional de una persona.

El Índice de Masa Corporal es un indicador que se utiliza para determinar estados nutricionales utilizando únicamente el peso y la talla de una persona. La OMS (2015) define el IMC como un indicador simple de la relación que existe entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para detectar bajo peso, normopeso, sobrepeso u obesidad. En el caso de los adultos, la OMS define los siguientes indicadores como se indica a continuación: el bajo peso debe dar un resultado menor a $18,5 \text{ kg/m}^2$, cuando una persona tiene un peso normal, éste debe encontrarse entre $18,5 \text{ kg/m}^2$ y $24,9 \text{ kg/m}^2$, un resultado entre 25 kg/m^2 y $29,9 \text{ kg/m}^2$ indica que la persona presenta sobrepeso y cuando el resultado da mayor a 30 kg/m^2 entonces indica que la persona presenta obesidad. El IMC

proporciona una de las medidas más útiles para detectar sobrepeso y obesidad en la población debido a que es igual para ambos sexos. Siendo el caso únicamente para las personas adultas.

2.2.6. Características y enfermedades asociadas a los distintos tipos de clasificación del estado nutricional

Los diferentes estados nutricionales tienen como consecuencia características distintas, las cuales permiten diferenciar un estado del otro. Además, tienden a ser factores de riesgo para padecer de distintas enfermedades, desde las hormonales, hasta las cardiovasculares.

La desnutrición, según Gil (2010), es uno de los principales problemas de salud pública. Se puede definir como una deficiencia de energía, proteínas y otros nutrientes que causa efectos adversos en la composición y función normal de los órganos del cuerpo. Se da tanto en lugares desfavorecidos económicamente, como consecuencia de los pocos recursos económicos o falta de acceso a alimentos, como también en los lugares más desarrollados del mundo, y aquí se da principalmente por asociación con otras enfermedades. En muchas ocasiones, la desnutrición surge como consecuencia de una enfermedad, por ejemplo en pacientes oncológicos. Sin embargo, también sucede al contrario, que gracias a la desnutrición, comiencen a surgir otras enfermedades. La desnutrición asociada a la enfermedad, tiene repercusión sobre distintos órganos y sistemas del cuerpo, lo cual resulta bastante peligroso. Los pacientes que presenten alguna enfermedad y

que al mismo tiempo estén desnutridos, presentan mayor riesgo de mortalidad que aquellos que están normo nutridos.

A la hora de la exploración física, Gil (2010) propone dirigirse a detectar la pérdida de masa muscular y masa grasa. Muy posiblemente se detectará la presencia de edemas y afectaciones cutáneas. El IMC también permite evaluar el nivel de desnutrición según el peso actual que tenga la persona. La desnutrición puede ser leve, moderada o grave. Además, existe otra técnica para evaluar este estado y es valorando los cambios de peso a través del tiempo. Por ende, una pérdida de peso involuntaria de un 5% en un mes o un 10% de pérdida de peso previo en 3 meses son indicadores de desnutrición. De todos los marcadores bioquímicos, el que se utiliza con mayor frecuencia en este caso es el de la albúmina plasmática. Es un buen marcador de pronóstico evolutivo y puede utilizarse como control nutricional a largo plazo, aunque las concentraciones de albúmina puedan cambiar en caso de enfermedades hepáticas, aumento del volumen extracelular y otras por el estilo.

Gil (2010) continúa diciendo que la desnutrición asociada a alguna enfermedad se puede dar por una ingesta de alimentos insuficientes, por una digestión y una absorción alteradas, un aumento en las necesidades energéticas y proteicas o un aumento de las pérdidas por alguna situación catabólica. La desnutrición está muy ligada a los cambios metabólicos que sufren las personas por alguna enfermedad o por periodos de ayuno prolongados, ya sea por la enfermedad misma o por falta de recursos. De manera general, se ha dividido la desnutrición en tres tipos: el marasmo, el kwashiorkor o la mixta. El marasmo es la llama desnutrición calórica.

Esta se desarrolla en situaciones de deficiencia crónica de energía y proteínas. Las personas llegan a tener un aspecto caquéctico debido a que pierden mucha masa grasa y muscular. Las enfermedades que suelen cursar con el marasmo son cáncer, tumores de esófago, cabeza y cuello, EPOC, o fases avanzadas por el VIH. En este caso, la albúmina en sangre se encuentra dentro de los estados normales la mayoría de las veces. La depleción que se da a nivel muscular también puede afectar órganos vitales como el corazón, el hígado y los riñones. Por otra parte, el kwashiorkor es el tipo de desnutrición que llaman desnutrición proteica, que suele observarse en los países subdesarrollados, debido al tipo de alimentos que consumen, al ser en mayor cantidad cereales y menos cantidad de fuentes proteicas. Principalmente el kwashiorkor se detecta al desarrollar edemas, úlceras por presión o retraso en la cicatrización. La reserva grasa y muscular, en el caso contrario del marasmo, pueden encontrarse normales o inclusive incrementadas dando una falsa impresión de un correcto estado nutricional. En este caso, la albúmina y otras proteínas están disminuidas, al igual que la inmunidad celular. El pronóstico de una persona con este tipo de desnutrición es grave incluso con un tratamiento nutricional intensivo, debido a la falta de cicatrización, aparición de úlceras y posibles infecciones al estar en un estado tan debilitado. Por último, la desnutrición mixta es llamada proteica calórica. Es una mezcla de los dos tipos de desnutrición mencionados anteriormente. Se da mayormente a nivel hospitalario, y en este caso es necesario reconocer cual es el que se da con mayor gravedad para poder abordarlo de manera adecuada nutricionalmente.

Claramente cuando una persona está en los rangos de normalidad, va a ser una persona más saludable, y va a tener mucho menos riesgo de padecer cualquier tipo de enfermedad. Eso no es el caso de las personas con sobrepeso y obesidad. Gil (2010) describe la obesidad como una enfermedad crónica que se caracteriza por un aumento en la masa magra de una persona, y como resultado se aumenta el peso corporal de la persona, se eleva la normalidad para su talla, edad y sexo. Es un desequilibrio que se da entre la ingesta calórica y el gasto energético, ya sea por medio de cualquier actividad física. La OMS (2015) lo describe como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Alguna vez se consideró como uno de los principales problemas de salud de los países desarrollados, sin embargo, también va en aumento en países subdesarrollados principalmente en zonas urbanas.

El sobrepeso y sobre todo la obesidad, constituyen factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas. La OMS (2015) etiqueta las más comunes que desenvuelve la obesidad, y son: la DM tipo 2, la hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares, los cuales fueron la causa de muerte número uno en el 2012. Además de algunos tipos de cánceres, principalmente de ovario, de mama, de hígado, de colon y de vesícula biliar. A pesar de que éstas son las principales afectaciones, también se pueden desarrollar repercusiones psicológicas y sociales en las personas que padecen obesidad. Esta enfermedad crónica tiene peores consecuencias para la salud, cuando se desarrolla desde la infancia.

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Sin embargo, además de estos mayores riesgos futuros, cuando se trata de niños obesos, éstos sufren dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan al igual que en la vida adulta, marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos, que pueden alterar el desarrollo normal del niño.

Gil (2010) describe que la obesidad al igual que la desnutrición, se divide en varias clasificaciones. Se le llama obesidad grado I cuando el IMC está entre 30 kg/m^2 y $34,9 \text{ kg/m}^2$, obesidad grado II cuando está entre 35 kg/m^2 y $39,9 \text{ kg/m}^2$ y cuando se trata de obesidad mórbida o grado III el IMC es mayor a 40 kg/m^2 . Además de utilizar el IMC, se utiliza también la medición de la cintura o circunferencia abdominal, la cual proporciona información importante acerca de la distribución de grasa. Con esos parámetros se establece una clasificación morfológica de la obesidad, y se divide en androide y ginecoide. La obesidad de tipo androide es la obesidad central, abdominal o superior. En este caso la grasa se acumula en la región cervical, del tronco y del abdomen superior. En este caso existe riesgo de padecer de diabetes y síndrome metabólico en general, se considera de riesgo elevado para las mujeres cuando la circunferencia abdominal es mayor a los 88 cms, mientras que en los hombres mayor a 102 cms. La obesidad ginecoide se da cuando la grasa se acumula principalmente en la parte inferior del cuerpo; en la región de las caderas, los muslos y los glúteos. A este

tipo de obesidad se le conoce como el tipo pera, por la forma que le da al cuerpo y es menos riesgosa que la androide a la cual se le conoce como el tipo manzana.

Para Gil (2010), la base del tratamiento del sobrepeso y la obesidad sigue siendo el cambio en los hábitos alimentarios y el ejercicio físico constante. En el caso de los niños, inculcar buenos hábitos alimentarios en etapas tempranas es lo adecuado. Para esto, la persona debe ser bastante disciplinada e implica también un reto para el profesional del área de salud que colabore en el tratamiento. La OMS (2015) por su parte explica que el sobrepeso y la obesidad, al igual que las demás ECNT, pueden prevenirse en su mayoría. Son fundamentales los entornos favorables para una mejor elección de los alimentos de las personas, de modo que la opción más sencilla, fácil, accesible y disponible sea la más saludable. Claro está que el primer impulso para prevenir y tratar el sobrepeso y la obesidad debe ser individual, sin embargo, las industrias alimentarias también deberían desempeñar un papel importante en la promoción de alimentos saludables como por ejemplo, en la reducción del contenido de grasa, sodio y azúcar de los alimentos procesados, asegurando que las opciones más saludables estén disponibles y asequibles para toda la población y limitando la comercialización de alimentos procesados perjudiciales principalmente dirigidos a los niños y adolescentes.

Los factores que desencadenan la obesidad pueden ser genéticos, endocrinos, neurológicos, y ambientales en mayor o menor grado, pero en definitiva lo que siempre está presente es el desequilibrio en la ingesta y el gasto de energía.

2.2.7. Factores que influyen en el estado nutricional de una mujer que trabaja

La estructura familiar ha cambiado en los últimos años, ahora tanto el hombre y la mujer asumen roles que van más allá de padre y madre. Sino que ahora ambos buscan una mayor proyección profesional y laboral en áreas donde puedan adquirir una mejor calidad de vida.

Kim et al (2016), analiza los factores de un inadecuado estado nutricional en mujeres que trabajan y se dieron cuenta que depende de varios factores los cuales no siempre pueden estar presentes. En primer lugar, existe evidencia de que el IMC de las mujeres aumenta gradualmente conforme aumenta la edad, siendo entre los 50 y los 59 el pico de ese aumento, lo cual puede deberse a los cambios hormonales que se presentan durante y después de la menopausia. Además otro factor que interviene en el estado de salud de la mujer, es la cantidad de horas que ella trabaje. Si al día trabaja un largo periodo de horas (mayor a 9 horas por día), la persona va a tener menos tiempo disponible para realizar otras actividades como por ejemplo ejercicio físico. Pero no solo para eso, sino también se limita el tiempo para realizar adecuados tiempos de sueño donde se pueda descansar completamente. Y claro está, que si no se tiene el tiempo necesario para dormir y ejercitarse, tampoco se va a tener para mantener una dieta balanceada; estos factores unidos pueden repercutir en el desarrollo de la obesidad.

Cuando al día se trabaja más horas de lo que se debería, normalmente comienza a influir un factor que es determinante, y es el estrés. El estrés desencadena un círculo de eventos que pueden resultar negativos para el cuerpo y el comportamiento alimentario. Kim et al (2016) describe que cuando se está envuelto en medio de eventos que resulten estresantes, el cuerpo desencadena una serie de reacciones hormonales que desestabilizan el organismo. Al estar en ese momento de crisis, se ponen en práctica malos hábitos y estilos de vida que pueden estar ligados también con el descontrol hormonal que produjo el estrés. Por ende, todo forma parte de un círculo de factores comenzando por las largas jornadas laborales que desencadenan estrés, seguido por un descontrol metabólico que pone al cuerpo en estado de alerta, lo cual produce que se utilicen prácticas alimentarias incorrectas, hasta que se llega a estados nutricionales riesgosos para la salud. Además, las mujeres son más propensas a padecer de ansiedad que los hombres debido a que además de sus jornadas laborales que son remuneradas, la mayoría de ellas debe volver a casa a realizar labores domésticas y esto produce ansiedad en caso de no tener un horario que permita disponer del tiempo para realizar todo esto.

Por su parte, Hadgraft et al (2015) añade que con el avance de la tecnología, muchos trabajos que se realizaban manualmente ahora se han sustituido por máquinas, haciendo que la población trabajadora sea más sedentaria. Existe evidencia de que en grandes países como Australia, Estados Unidos y el Reino Unido, la gran parte del tiempo en donde las personas no están trabajando, se utiliza para ver televisión, por ende, siguen aumentando las horas

en estado sedentario. Con el aumento de la edad, se aumenta el sedentarismo también, además las mujeres que son solteras y trabajan, tienden a pasar más tiempo sentadas en trabajos de oficina y en sus casas, debido a que tienen menos responsabilidades domésticas que una mujer casada o con hijos. Por eso, son muchos factores que se involucran en el estado nutricional de una mujer que trabaja, y depende de las decisiones que ella tome para organizar su tiempo y lograr un balance saludable entre su trabajo y su tiempo libre.

2.2.8. Factores que influyen en el estado nutricional de una mujer que no trabaja

Con el paso del tiempo y el avance de la tecnología, existe cada vez mayor cantidad de alimentos procesados e instantáneos. Y no solo se consumen fuera del hogar, sino también dentro de él. Se compran para rellenar loncheras de los niños y sacar de apuros en los tiempos de comida en algunos casos. Chung et al (2011) comenta que este tipo de alimentos conducen a problemas de salud de manera peligrosa que si se consumieran alimentos naturales. Asegura que los cambios en los hábitos alimentarios y la disminución de la actividad física en amas de casa, han desenvuelto la ola de obesidad presente en el mundo. En el caso de las amas de casas que tienen hijos, y que son pequeños, la alimentación de los niños depende de los padres. Pero si la mujer es la que se queda en casa y es la que planifica, elabora y prepara las comidas, se debe tener bastante cuidado en la manera como se esté alimentando a la familia para no crear hábitos poco saludables que perjudiquen la salud de los integrantes de la familia.

Para este grupo de mujeres, los factores son distintos que para mujeres que trabajan de manera remunerada. Los horarios cambian, al igual que el tiempo disponible. Sin embargo, Navadeh et al (2011), descubrió que el estado nutricional de amas de casa era peor que el de las mujeres que trabajan de manera remunerada. En muchos casos, las mujeres que son amas de casa tienen un menor nivel educativo, por ende van a tener un nivel socioeconómico más bajo. Un menor nivel educativo, generalmente también determina una menor educación nutricional. Las amas de casa a diferencia de las mujeres que trabajan, pasan mucho tiempo dentro de su casa, lo cual no significa por ello que su alimentación sea buena. Pueden realizar la mayoría de las comidas dentro del hogar, pero si su dieta no es balanceada y variada, de nada sirve para la salud. Además, las técnicas de cocción que se utilicen van a influir mucho en la calidad de las comidas, al igual que la elección de los alimentos. Las amas de casa tienen más exposición a comida durante todo el día, lo cual aumenta el consumo de energía.

Gridhar et al. (2016) concuerda con los datos anteriores y con que las amas de casa son más propensas a desarrollar sobrepeso y obesidad. Además, el matrimonio se asocia también como factor que se relaciona con un estado nutricional inadecuado. La vida cambia al momento de casarse y los hábitos se comienzan a construir con otra persona, por lo cual si no se tienen buenas prácticas alimentarias, en el camino por implementar nuevas al lado de alguien más, se pueden desarrollar muy malos hábitos alimentarios. Al igual que en los factores presentes en el estado nutricional de las mujeres que trabajan de manera remunerada, las amas de casa que tienen mayor edad también son propensas a

tener un estado nutricional de sobrepeso u obesidad. Son las mujeres mayores de 50 años que están padeciendo cambios hormonales como consecuencia del periodo de la menopausia.

Chung et al. (2011) afirma que las amas de casa tienen menos tiempo disponible para mantener su salud debido a las labores domésticas que presenta, principalmente mantener la alimentación de su familia y dedicarse al trabajo de sus hijos. Muchas amas de casa han reportado saltarse el desayuno debido a que se encuentran muy ocupadas durante la mañana. Igualmente, muchas reportan realizar entre una y dos horas a la semana de ejercicio físico en sí, sin embargo en cuanto a actividad física es probable que realicen más horas al estar ejecutando labores domésticas durante el día. Rathnayake et al. (2014) afirma que las amas de casa se han vuelto cada vez más sedentarias. La tecnología ha contribuido a que las labores que en algún tiempo fueron totalmente manuales, ahora son realizadas por máquinas, por lo que se tiene más tiempo libre que se utiliza como tiempo frente a la televisión, mientras las máquinas realizan labores domésticas.

Al igual que con las mujeres que trabajan, los factores que las rodean pueden estar afectando su forma de vivir. Sin embargo es una decisión individual y personal de cómo se quiere manejar la vida. La alimentación es sumamente importante tanto para los hombres como para las mujeres, y los hábitos alimentarios cambian según las circunstancias que los rodeen, por lo cual es una acción individual el actuar por el bien de la salud, tanto para mujeres que trabajan como para las amas de casa.

2.2.9. Características y necesidades nutricionales de la mujer adulta

Según Brown (2008), con buenos genes, buena suerte y buenos hábitos, la edad adulta se extiende por alrededor de 60 años. La edad adulta tiene sus divisiones y en cada clasificación se experimentan diferentes estados, tanto emocionales, metabólicos, como físicos. La edad adulta temprana se da cuando comienza la segunda década de vida. La mayoría de las personas han dejado de crecer, pero la densidad mineral ósea puede seguir creciendo hasta alcanzar los 30 años. La madurez se da durante la cuarta y quinta década de vida. En este periodo la composición corporal cambia en conjunto con los cambios hormonales. Y la vejez es cuando se alcanzan los 60 años o más. La buena alimentación y los hábitos de ejercicio físico que se siguieron desde muy pequeños, apoyan el desarrollo de una vejez de mejor calidad.

Para Brown (2008), los factores del estilo de vida tienen mayor influencia para alcanzar una larga vida y de buena calidad, que aquellos de carácter genéticos, los sistemas de atención a la salud y el medio ambiente. La nutrición y el ejercicio encabezan la lista de los factores de estilo de vida. Aunque las principales muertes que se dan en la segunda década de vida no están relacionadas con la nutrición, una buena alimentación en la edad adulta reduce el riesgo de conducir a las mayores y principales causas de muerte que se dan en la vejez. La nutrición en la edad adulta promueve un estilo de vida activo, contribuye al mantenimiento de un peso saludable, apoya la salud física y mental, y en general desarrolla un bienestar individual y social.

En el caso de las mujeres, los cambios hormonales que se vinculan con la capacidad reproductiva, tienen un gran impacto en la fisiología de la mujer y por ende en las necesidades y nutrición de ella. La pérdida de estrógeno que se da conduce a atrofia de los tejidos del tracto urinario y vagina, aumento de grasa abdominal y con un aumento en el riesgo de enfermedades crónicas como osteoporosis y cardiopatías. Las hormonas regulan los compuestos químicos sanguíneos, lo que significa que los cambios hormonales afectan el estado nutricional.

Byrd et al. (2009), explica que los consumos dietéticos de referencia de nutrientes para la mujer adulta se dividen por edades y dependen de los cambios fisiológicos y hormonales que el cuerpo requiera en cada etapa de la vida. Por ende, la adolescencia va a tener requerimientos diferentes a los que va a tener una mujer en la tercera década y una en periodo de menopausia. En cuanto a calorías, después de los 30 años, las necesidades calóricas totales de los adultos inactivos caen en forma constante durante toda la adultez. El mantenimiento de las necesidades calóricas facilita el suministro de nutrientes necesarios y evita el sobrepeso. El consumo de proteínas en cantidad un poco mayor a la recomendación dietética diaria, ayuda a conservar la masa muscular y ósea. En muchos casos, con el consumo de grasa es más fácil que exista un exceso que con la proteína. Es uno de los nutrientes con los que se debe tener precaución por el fuerte vínculo que tiene con la obesidad. El consumo total de carbohidratos a menudo es mayor del recomendado. Inclusive el énfasis está mal hecho debido a que se consumen más carbohidratos simples que complejos, cuando los

complejos facilitan el aporte de nutrientes necesarios. El consumo de agua es muy importante también. Muchas mujeres adultas no consumen las cantidades de agua adecuadas y de hecho muchas se encuentran en un constante estado de deshidratación con un riesgo de un desequilibrio electrolítico. Por último, las vitaminas y minerales son cruciales a lo largo de la vida adulta de la mujer. Muchas veces se dejan de lado por concentrarse únicamente en los macronutrientes, sin embargo son tan importantes como ellos.

Por su parte, Brown (2008) realiza algunas recomendaciones de nutrientes. Actualmente en el mercado existen alimentos fortificados y funcionales, lo cual indica que si se consumen en exceso también puede ser peligroso para la salud. Niveles excesivos de nutrientes pueden ser tan dañinos como la insuficiencia de ellos. En el caso de las mujeres existen algunos nutrientes con los cuales se debe de prestar principal atención y esos son el hierro y el ácido fólico. Al igual que con muchos nutrientes más como la grasa saturada y la fibra. Sin embargo, el hierro y el ácido fólico son muy importantes en diferentes etapas de la mujer y en muchas ocasiones no se consume lo suficiente de ellas. La recomendación de consumo de ácido fólico para las mujeres es de 400 microgramos al día, y desde 1998 la FDA ordenó la fortificación de los granos y productos con ácido fólico debido a la evidencia encontrada de que este nutriente previene los defectos del tubo neural. Con respecto al hierro, las necesidades disminuyen a partir de la menopausia. Antes de la menopausia su consumo debe andar alrededor de los 13 y 18 mg al día, según la edad. Un descenso del hierro en sangre puede provocar anemias y un exceso de este aumenta las necesidades antioxidantes del cuerpo.

Los cambios del peso corporal se deben a un complejo sistema de interacciones que incluyen: el género, la composición corporal, consumo de energía, actividad, estado de salud, cambios hormonales como se mencionaron anteriormente y ciertas variaciones individuales que se den en cada persona. La alimentación adecuada es una de las partes fundamentales de esos cambios de peso corporal. Los complementos dietéticos no son necesarios para todas las personas. Los adultos pueden comer de manera nutritiva sin la necesidad de ellos. Según Brown (2008), este tipo de sustancias puedan ayudar al funcionamiento óptimo de la etapa reproductiva de la mujer por ejemplo, o en la práctica de algún deporte de alto rendimiento, o inclusive, cuando alguna enfermedad actúa sobre la nutrición de la persona.

La adultez se caracteriza por un mantenimiento corporal, cambios físicos y fisiológicos graduales que conllevan al envejecimiento. Cuidar el cuerpo físico y mental está ligado a la nutrición desde la infancia. Las necesidades de nutrientes cambian con el paso de los años, y un exceso de ellos puede ser tan peligroso como una deficiencia.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación presenta un enfoque cuantitativo, debido a que se recolectan datos de mujeres amas de casa y trabajadoras remuneradas. Estos datos son principalmente antropométricos y de hábitos alimentarios. Luego de su recolección se analizan, y posteriormente se interpretan. Este tipo de enfoque utiliza la recolección y el análisis de los datos para contestar la pregunta de investigación. Utiliza la medición numérica, el conteo y con frecuencia el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población (Hernández, Fernández y Baptista. 2013).

La investigación es no experimental y su recolección de datos es de tipo transversal. Este tipo de recolección, no tiene manipulación de las variables. Los datos antropométricos y los datos para evaluar los hábitos alimenticios, son tomados una única vez en un solo tiempo. Según Hernández, Fernández y Baptista (2013) la recolección de datos transversal se hace en su momento con el fin de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. El análisis de la investigación es de tipo descriptivo debido a que utiliza estadística para analizar los datos. Por ejemplo, el uso de la mediana, el uso del promedio, de porcentajes, entre otros.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realiza en la provincia de San José, la capital de Costa Rica. El área de estudio específicamente es en la iglesia Comunidad PAS. Esta es una iglesia cristiana que se encuentra ubicada en Paso Ancho en San José. Al ser

esta ciudad parte de la capital de Costa Rica, se encuentra dentro del eje central en cuanto a comercio, política, transporte y economía del país. Presenta una amplia variedad de opciones de comercios destinados a la compra de alimentos.

Esta iglesia fue fundada en 1993, es decir cuenta con 23 años de funcionamiento. Hace cuatro años cambiaron su localidad a un espacio más amplio y moderno, que se encuentra actualmente en Paso Ancho. A la iglesia asisten personas de todas partes de San José, e inclusive asisten personas de distintas provincias, siendo la gran mayoría habitantes del Valle Central. El rango de edades de las personas es muy amplio, frecuentan desde niños hasta adultos mayores. Dentro de la iglesia se cuenta con una cafetería encargada de vender comida y de ser un lugar cómodo y tranquilo para que las personas puedan consumir sus alimentos en el momento que necesiten. A unos cuantos metros de distancia se encuentra el Supermercado Mega Super y la Panadería Musmanni, ambos locales dedicados a la venta de alimentos. Son los lugares que también se frecuentan para comprar alimentos cuando las personas asisten a la Comunidad PAS.

La zona cuenta con agua potable, lo cual es de gran ayuda para la sanitación de alimentos y disminución de enfermedades asociadas. En general, esta zona presenta factores correctos que permiten asegurar una Seguridad Alimentaria, sin embargo los asistentes a la iglesia no son todos de esta misma área.

3.2.1. Unidad de análisis

Los sujetos de estudio para esta investigación están constituida por dos grupos de mujeres adultas. Por un lado, amas de casa o que no trabajen fuera del hogar de forma remunerada y por el otro lado, mujeres adultas que sean trabajadoras remuneradas que trabajen jornadas de horario completo. La población es exactamente el grupo de mujeres con estas características que asista a la Comunidad PAS durante el 2016. Según los datos del censo realizado por la iglesia, para setiembre del 2015 la población de mujeres adultas es de 2400 mujeres. Se va a realizar una muestra no probabilística. Para adquirir la muestra, se sigue la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z\alpha^2 * p * q}{d^2 * N - 1 + Z\alpha^2 * p * q} =$$

Dónde:

N: 2400 mujeres

$Z\alpha^2$: $(1,96)^2$

p : 0,05

q : $1 - 0,05$

d : 0,05

$$\frac{2400 * 1,96^2 * (0,05) * (0,95)}{(0,05)^2 * 2400 - 1 + 1,96^2 * (0,05) * (0,95)} = 71,7 = 72$$

Dónde:

N = total de la población

Z_{α} = es el cuantil asociado a la distribución normal estándar, correspondiente a un área de $1 - \alpha$ bajo la curva o mejor dicho el nivel de confianza de la estimación (α es el nivel de significancia o error permitido en la estimación)

p = corresponde a la proporción que se espera observar en la población respecto a un fenómeno de interés.

$q = 1 - p$

d = precisión (diferencia máxima permitida entre la estimación y el valor poblacional)

Para el cálculo de la muestra se evaluaron diversos niveles de confiabilidad (Z_{α}) y diversos niveles de precisión (d), debido a que mientras mayor sea la confiabilidad y la precisión, mayor será el tamaño de muestra recomendado. Sin embargo, existen diversos factores que no hacen factible poder trabajar con un tamaño de muestra efectivo muy alto, como por ejemplo, la falta de participación, la deserción o factores asociados a la eficiencia y limitación de recursos.

Utilizando la fórmula anterior, combinando diversos niveles aceptables de confiabilidad y de precisión, se obtienen los siguientes tamaños de muestra

Tabla N° 1
Distintos tamaños de muestra.

Precisión	Nivel de Confianza		
	90%	95%	99%
10%	66	92	156
5%	243	331	521
1%	1771	1920	2098

Fuente: Rojas, D (2016)

De acuerdo con el cuadro anterior, si se utiliza un nivel de confianza del 90% y una precisión del 10%, el tamaño de muestra recomendado sería de aproximadamente 66 personas. Esto lo que quiere decir es que si el estudio se repitiera muchas veces, aproximadamente un 90% de las veces la muestra contendrá al verdadero valor poblacional de interés y la diferencia máxima que tendrá nuestro estimador respecto al valor poblacional será de 10 puntos porcentuales.

Se puede observar como conforme el nivel de precisión y el nivel de confianza se vuelven más estrictos, el tamaño de muestra necesario aumenta drásticamente e incluso alcanza valores que podrían considerarse inmanejables para el estudio. En ese sentido, al momento de iniciar el estudio se definió como objetivo obtener al menos un tamaño de muestra de 66 personas.

Por lo tanto la muestra de mujeres utilizando un p de 0,05 y un q de $(1-0,05)$ es de 72 personas. Sin embargo se le suma un 10% por el factor de seguridad. El cuál daría una muestra final de 80 personas. Entonces la muestra de la investigación debe superar las 66 personas, hasta alcanzar inclusive 80.

Finalmente, se logró entrevistar un total de 76 personas. Por lo cual, manteniendo fijo el nivel de confianza en un 90%, la precisión real del estudio tiene un error máximo menor al 10% pero mayor al 5%. Despejando la fórmula del cálculo de muestra anterior, (manteniendo los valores de N , n , p , $(1-p)$ y Z_{α}) se tiene que un tamaño de muestra de 76 personas implica una precisión del 8.60%.

3.3. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA

3.3.1. Criterios de inclusión

Las mujeres que serán incluidas dentro de la investigación, se seleccionan de acuerdo con los siguientes criterios:

- Todo tipo de nacionalidad
- Colaboradores con consentimiento informado firmado
- Mayores de 18 años

3.3.2. Criterios de exclusión

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

- Con alguna discapacidad que le impida mantenerse de pie
- Atletas de alto rendimiento
- Mujeres con jornadas de trabajo de medio tiempo
- Embarazadas
- Mayores de 62 años
- Mujeres con alguna patología

3.4. FUENTES DE INFORMACIÓN

Para esta investigación se utilizan tanto fuentes de información primarias como secundarias.

La información de fuentes primarias se toma de las mujeres que vayan a ser parte de esta investigación, las cuales van a aportar los datos necesarios para realizar los análisis pertinentes. De ellas se tomarán los pesos y tallas para determinar IMC. Adicionalmente, proporcionan los datos para valorar tanto los hábitos alimentarios que posean como sus datos personales y socioeconómicos.

Como fuentes secundarias, se toma información de artículos científicos, libros, documentos de organizaciones, tesis, boletines informativos, entre otros, con el fin de comparar resultados con otras investigaciones y de adquirir conceptos teóricos que puedan respaldar esta investigación.

3.5. IDENTIFICACIÓN, DESCRIPCIÓN Y RELACIÓN DE LAS VARIABLES

El siguiente apartado contiene una breve descripción de las variables y su respectivo concepto, con el fin de comprender con claridad qué puede medirse y evaluarse dentro de la investigación.

3.5.1. Nivel socioeconómico

Generalidades de la población en estudio que permiten identificar factores sociales que rodean la población. Se toman en cuenta elementos económicos también.

3.5.2. Estado nutricional

Condición de salud en la que se encuentra una persona desde el punto de vista nutricional. Tomando en cuenta las valoraciones antropométricas, así como datos dietéticos. Su evaluación depende de la estimación e interpretación de estos elementos.

3.5.3. Hábitos alimentarios

Conjunto de costumbres que desarrolla una persona que están relacionados con los alimentos y comportamientos alimentarios. Se toma en cuenta desde que se seleccionan los alimentos, hasta el momento en el que se consumen. Influye el medio ambiente y la cultura de la región donde se habite.

Existe relación entre las variables, debido a que una produce consecuencias sobre la otra. De esta forma pueden hacerse relaciones de variables como las siguientes: el nivel socioeconómico en relación con los hábitos alimentarios de la mujer, el estado nutricional según los hábitos alimentarios con que se viva y el estado nutricional en relación con el nivel socioeconómico en el que se encuentre la mujer.

3.6. PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla N° 2
Operacionalización de variables

Objetivo Específico	Variables	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicadores	Definición Instrumental	Fuentes de información	Resultados
Identificar el nivel socioeconómico de las mujeres participantes.	Nivel socioeconómico	Generalidades de la población en estudio que permiten identificar factores sociales que rodean la población. Tomando en cuenta elementos económicos también.	Nivel educativo	Hoja de recolección de datos	Primaria completa	Se recolectan los datos directamente de las hojas de datos que llena cada mujer	Mujeres adultas amas de casa y trabajadoras remuneradas	Primaria completa
					Primaria incompleta			Primaria incompleta
			Nivel económico		Secundaria completa			Secundaria completa
					Secundaria incompleta			Secundaria incompleta
					Universidad			Universidad
					Técnico			Técnico
					Sin ingresos			< de 200 mil al mes
					<de 99 mil mens.			200-390 mil al mes
					100-290 mil mens.			400- 600 mil al mes
					300-490 mil mens.			>de 600 mil al mes
					500-700			
					>de 700 mil mens.			

Continúa

Continuación de la Tabla 2

Objetivo Específico	Variables	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicadores	Definición Instrumental	Fuentes de información	Resultados
Evaluar el estado nutricional de las mujeres utilizando mediciones antropométricas.	Estado nutricional	Condición de salud en la que se encuentra una persona desde el punto de vista nutricional. Tomando en cuenta valoraciones antropométricas, así como datos dietéticos. Su evaluación depende de la estimación e interpretación de estos elementos	Peso corporal en kg Talla en cms	Por medio de la toma del peso y la talla corporal para así despejar la fórmula de IMC	<de 18,5 18,5-24,9 25-29,9 30-34,9 35-39,9 >40	Se utiliza una balanza marca Omron y un tallímetro marca Seca para recoger los datos	La información obtenido proviene de las mujeres directamente	Bajo peso Peso normal Sobrepeso Obesidad I Obesidad II Obesidad III o mórbida

Continúa

Continuación de la Tabla 2

Objetivo Específico	Variables	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicadores	Definición Instrumental	Fuentes de información	Resultados
Valorar los hábitos alimentarios presentes en la población	Hábitos alimentarios	Conjunto de costumbres que desarrolla una persona que están relacionados con los alimentos y comportamientos alimentarios. Se toma en cuenta desde que se seleccionan los alimentos, hasta el momento en el que se consumen. Influye el medio ambiente y la cultura de la región donde se habite.	Elección de alimentos	Por medio de una frecuencia de consumo de alimentos.	Nunca o menos de una vez al mes 1-3 veces al mes 1 vez a la semana 2-4 veces a la semana 5-6 veces a la semana 1 vez al día 2-3 veces al día 4-5 veces al día Más de 6 veces al día	Encuesta de frecuencia de consumo	La información es obtenida de las mujeres que llenen la encuesta	menos de una vez al mes 1-3 veces al mes 1 vez a la semana 2-4 veces a la semana 5-6 veces a la semana 1 vez al día 2-3 veces al día 4-5 veces al día Más de 6 veces al día

Continúa

Continuación de la Tabla 2

Objetivo Específico	Variables	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicadores	Definición Instrumental	Fuentes de información	Resultados
			Comportamiento alimentarios	Por medio de un indicador dietético	Comidas al día Comidas fuera entre semana Comidas fuera en fin de semana Prepara los alimentos Come entre comidas Modificó alimentación en los últimos 6 meses Apetito Toma suplemento o complemento Su consumo varía estando triste, ansiosa o nerviosa			1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15. 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10. Empleada, esposo, mamá, ella. Sí, No. Sí, No. Bueno, Regular, Malo Sí, No. Sí, No.

Continúa

Continuación de la Tabla 2

Objetivo Específico	Variables	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicadores	Definición Instrumental	Fuentes de información	Resultados
					Agrega sal a la comida preparada Grasa que utiliza para cocinar Vasos de agua al día Bebidas al día			Sí, No Margarina, aceite vegetal, manteca, mantequilla, otro. 1,2,3,4,5, 6,7, más de 8 1,2,3,4,5, más de 6

Fuente: Rojas, D (2016)

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La principal técnica que se utiliza es la de aplicación de encuesta estructurada, con el fin de obtener información propia de los sujetos de estudio y conocer la situación actual de los mismos. Además, reúne información personal e individual como datos antropométricos, socioeconómicos y de estilo de vida para poder evaluar y relacionar las variables propuestas de la investigación.

Los instrumentos utilizados en la investigación son una hoja de recolección de datos, un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, y un indicador dietético. La primera se utiliza para conocer datos personales y socioeconómicos

de los sujetos de estudio. Es fácil de contestar y muy sencillo. Para poder adquirir el IMC de las mujeres deben tomarse el peso y la talla, por ende, esos datos también van anotados en la hoja de recolección de datos.

El segundo instrumento se utiliza para conocer la selección de alimentos que tiene una persona, por eso, se enlistan distintos tipos de alimentos y la persona debe elegir que tan a menudo los consume. Este instrumento permite conocer el tipo de ingesta que el entrevistador realiza. Al concluir el análisis de este tipo de instrumento, se puede conocer si la persona posee hábitos alimentarios saludables o si por el contrario, estos son poco saludables. El cuestionario de frecuencia de consumo que se utiliza en este estudio, es tomado del Manual de Instrumentos de Evaluación Dietética del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP, 2006). Es el cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos de Harvard llamado Cuestionario Willet.

Y el tercer cuestionario para analizar hábitos alimentarios es un indicador dietético que forma parte de la anamnesis que utiliza la Clínica de Nutrición UIA en Santa Fe. Este instrumento se basa en preguntas relacionadas con los comportamientos alimentarios de las personas. Permite respaldar las respuestas anotadas en la frecuencia de consumo.

El equipo utilizado para realizar las mediciones antropométricas es el siguiente:

Tabla N° 3
Equipo utilizado en la investigación

Equipo	Marca	Modelo	Capacidad	Sensibilidad
Balanza	Omron	HBF 510 LA	150 kilogramos	100 gramos
Tallímetro portátil	Seca	213	205 centímetros	1 milímetro

Fuente: Rojas, D (2016)

3.8. PROCESAMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

3.8.1. Etapa preliminar

Primeramente, es importante mencionar que los instrumentos utilizados son instrumentos que han sido validados con anticipación. Sin embargo, se tropicalizan algunos términos para facilitar la comprensión y se eliminan algunas preguntas que no tienen relación con lo que se consume en este país.

Como paso inicial, se solicita permiso en la Comunidad PAS para abordar mujeres que quisieran ser parte de la investigación donde se va a realizar el plan piloto y la etapa de campo. El plan piloto se realiza con mujeres dentro de la población que no van a ser parte de la muestra y se toman en cuenta 8 mujeres, es decir, el 10% de la muestra.

Gracias al plan piloto, se pudo evidenciar que, llenar el cuestionario tomaba su tiempo, pero que las preguntas en él eran necesarias para el análisis. Por lo cual, no se le realizaron modificaciones, únicamente se tomó esa consideración para advertir a las mujeres que luego llenarían el instrumento, en caso de que contaran con poco tiempo.

3.8.2. Etapa de campo

En primera instancia, se acuerda un día para visitar los distintos ministerios de la iglesia a los cuales asisten mujeres, para explicar a los encargados de cada grupo, el tiempo que iba a necesitar para abordar a las mujeres.

Seguidamente, se visitan los diferentes ministerios por tres semanas consecutivas para por contar con distintas mujeres todas las semanas. Los martes se visitó el grupo de jóvenes de ambos sexos desde los 18 hasta los 28 años de edad, que se reúnen a las 7:30 de la noche, los miércoles se visitó el grupo de mujeres de la iglesia, al cual asisten mujeres desde los 30 hasta los 70 años de edad, los jueves se visitó el grupo de adultos jóvenes al cual asisten hombres y mujeres desde los 28 hasta los 38 años de edad y por último se visitó por dos lunes un grupo pequeño del programa de Ksas PAS de la iglesia, el cual se realiza en una casa fuera de la iglesia y asisten jóvenes adultos también. Durante cada reunión se abordó individual y en algunos casos grupalmente a las mujeres y se les explicó el propósito de la investigación

A cada una de las mujeres que forman parte de la muestra, se le proporciona un consentimiento informado donde se le comunica el objetivo de la investigación, en que consiste, que la misma no representa un riesgo para su salud, que su participación es de forma voluntaria, entre otros elementos. Lo anterior, con el fin de evitar posibles inconvenientes a lo largo del estudio.

Una vez que las mujeres están de acuerdo y firman el consentimiento informado, se procede con la toma de las medidas antropométricas, en este caso

de talla y peso, para las cuales se les solicita a las mujeres que se retiren los zapatos.

Una vez concluida la toma de mediciones antropométricas, se le entrega a cada participante los cuestionarios que deben llenar, con el objetivo de conocer información importante que permita llevar a cabo el análisis pertinente de las variables en estudio. Mientras las mujeres llenan su encuesta, se está atento para aclarar cualquier duda que surja a lo largo de esta.

Se brinda el informe de estado nutricional a todas las mujeres que lo solicitan y en algunos casos se explica el rango que se utiliza para clasificar los diferentes estados nutricionales.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Para poder estudiar con mayor detalle el estado nutricional de las mujeres trabajadoras en comparación con las mujeres amas de casa, se realizó una entrevista a 76 mujeres donde se recopilaron las principales características relacionadas a sus hábitos alimentarios y su estado nutricional medido mediante el IMC. Lo anterior con el objetivo de entender mejor el comportamiento de las mujeres de acuerdo con el contexto en el cual se ven envueltas.

A continuación se presentan los resultados obtenidos, cada una de las secciones siguientes se asocia a los objetivos planteados para la investigación. Primeramente, se abordan las características sociodemográficas de las entrevistadas, seguido se realiza un análisis exploratorio del estado nutricional de las mujeres (medido mediante el IMC) en relación con algunas variables que caracterizan a la muestra, en especial la condición laboral de los sujetos de estudio. En tercer lugar, se expondrán los hábitos alimenticios de las mujeres entrevistadas de acuerdo con la frecuencia de consumo de algunos grupos de alimentos de interés y preguntas de control como por ejemplo la cantidad de comidas realizadas al día, el uso de sal y el tipo de grasa utilizada para la preparación de alimentos, entre otros. Todo lo anterior tomando en cuenta siempre la agrupación generada por la condición laboral de las entrevistadas

4.1. ANÁLISIS UNIVARIADO

En la investigación se analizan las variables de interés de manera individual, y también se agrupan para realizar un análisis de varias variables a la vez, para poder conocer si tienen relación entre ellas. A continuación, se realiza el análisis univariado de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a las mujeres que trabajan de forma remunerada como a las que trabajan de forma no remunerada.

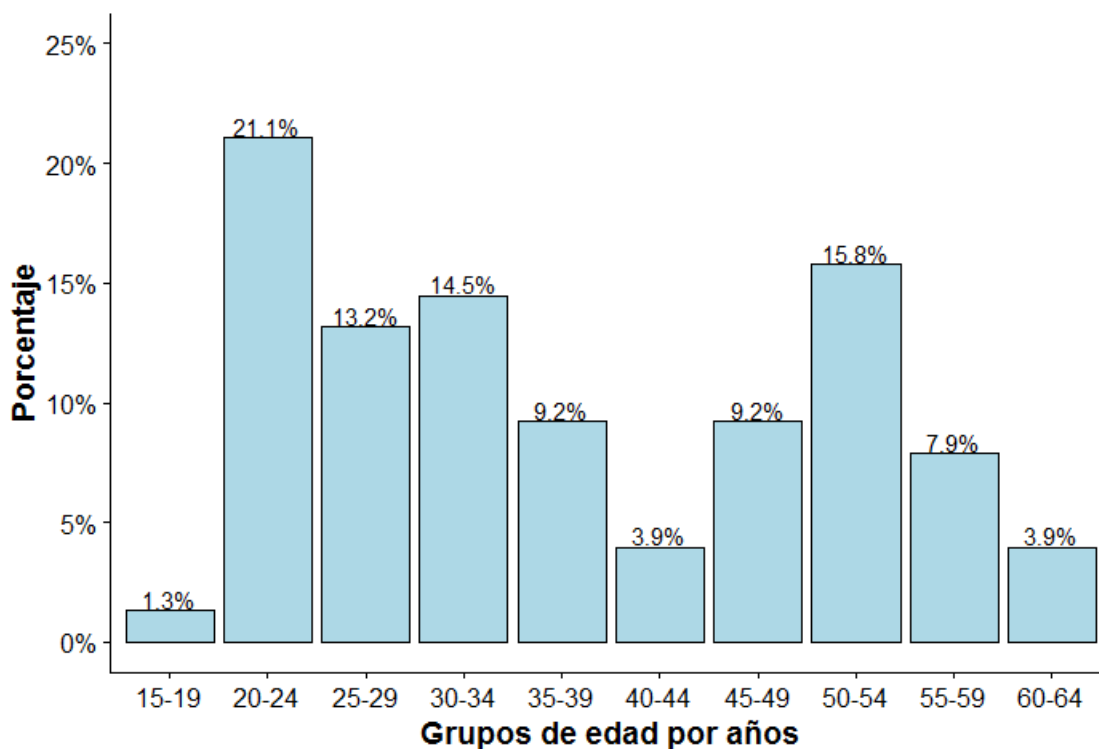
Este tipo de análisis permite concentrarse de manera individual en cada variable y analizar sus resultados sin que tenga interferencia con otras variables.

4.1.1. Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas

Como primer abordaje se presentarán las características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas. A partir de esto se tendrá un mejor conocimiento del contexto bajo el cual se presentan los resultados obtenidos.

La Figura N° 1 muestra la distribución de las mujeres entrevistadas de acuerdo a grupos quinquenales de edad. La edad mínima de las mujeres entrevistadas fue de 19 años y la edad máxima corresponde a 62 años. Se observa que el grupo de edad con más mujeres corresponde a las edades de 20 a 24 años y seguido del grupo de 50 a 54 años. En general se entrevistaron mujeres de una gran gama de edades, lo que evitará que los resultados se vean afectados por las características propias de alguno de los grupos de edad o algún factor generacional.

Figura N° 1
Distribución de mujeres por grupos de edad,
octubre- noviembre 2016.
(n=76 personas)

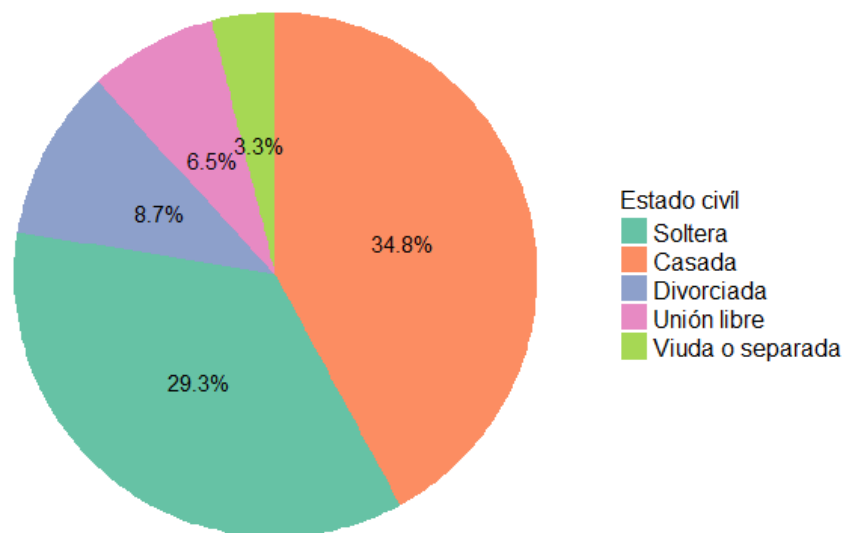


Fuente: Rojas, D (2016)

Los datos recolectados en la investigación coinciden con los del INEC (2011). Para el área urbana, y hasta el año 2011, el INEC reporta 303323 mujeres de edades entre los 20 y los 24 años. Este es un número mucho mayor que el número total de mujeres menores de 20 y mayores de 24. Es el número más grande del total de mujeres que viven en un área urbana de todas las edades tomadas en cuenta en el Censo del INEC, al igual que para este estudio. Sin embargo, en los datos del INEC el segundo grupo de mayor cantidad de mujeres es el grupo de los 25 a los 29, que para este estudio sería el cuarto grupo con mayor cantidad de mujeres.

Con respecto al estado civil, se encontró que la mayoría de los entrevistadas se encuentran casadas (34.8%) o solteras (29.3%), conformando un 64% de las mujeres, mientras que la minoría se encuentran divorciadas, en unión libre o son viudas o separadas (ver Figura N° 2). Esto se encuentra acorde con los resultados anteriores respecto a las edades de las mujeres, ya que todas las entrevistadas son mayores de edad y se encuentran en edades dentro de las cuales es común asistir a la universidad o bien desarrollar una familia.

Figura N° 2
Composición de la muestra de mujeres por estado civil,
octubre-noviembre 2016.
(n=76 personas)



Fuente: Rojas, D. (2016)

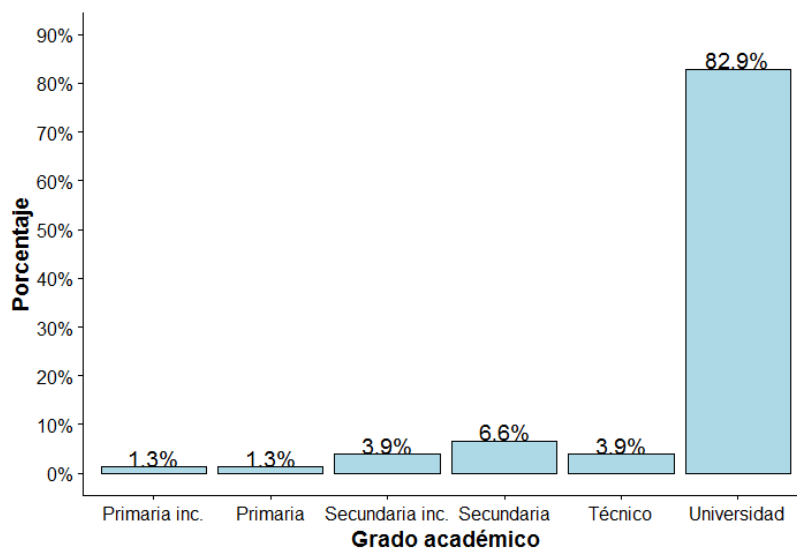
El estado civil puede influir en los resultados de la investigación ya que según Musaiger (2011), las personas casadas son más propensas a ser físicamente inactivos o sedentarios, y también es posible que en el matrimonio aumenten las señales y oportunidades para comer, ya que tienden a comer juntos y así reforzar el aumento de la ingesta de cada uno.

En un estudio realizado por Moral y Meza (2013), la mayoría de mujeres casadas, separadas o en unión libre presentaban sobrepeso y obesidad, no así con las mujeres solteras.

Por su parte, el grado académico de los individuos evidencia el relativamente alto nivel de especialización y del nivel de conocimiento en la muestra. Esto se observa al destacar que aproximadamente el 83% de las entrevistadas mantienen al menos el grado universitario (ver Figura N° 3). Lo anterior podría asociarse a una característica deseable de la muestra debido a que es posible suponer que las mujeres entrevistadas tienen la capacidad de entender la importancia de mantener un buen estado de salud y el compromiso de brindar información de buena calidad para el estudio

Figura N° 3
Distribución de mujeres por grado académico,
octubre-noviembre 2016.

(n=76 personas)

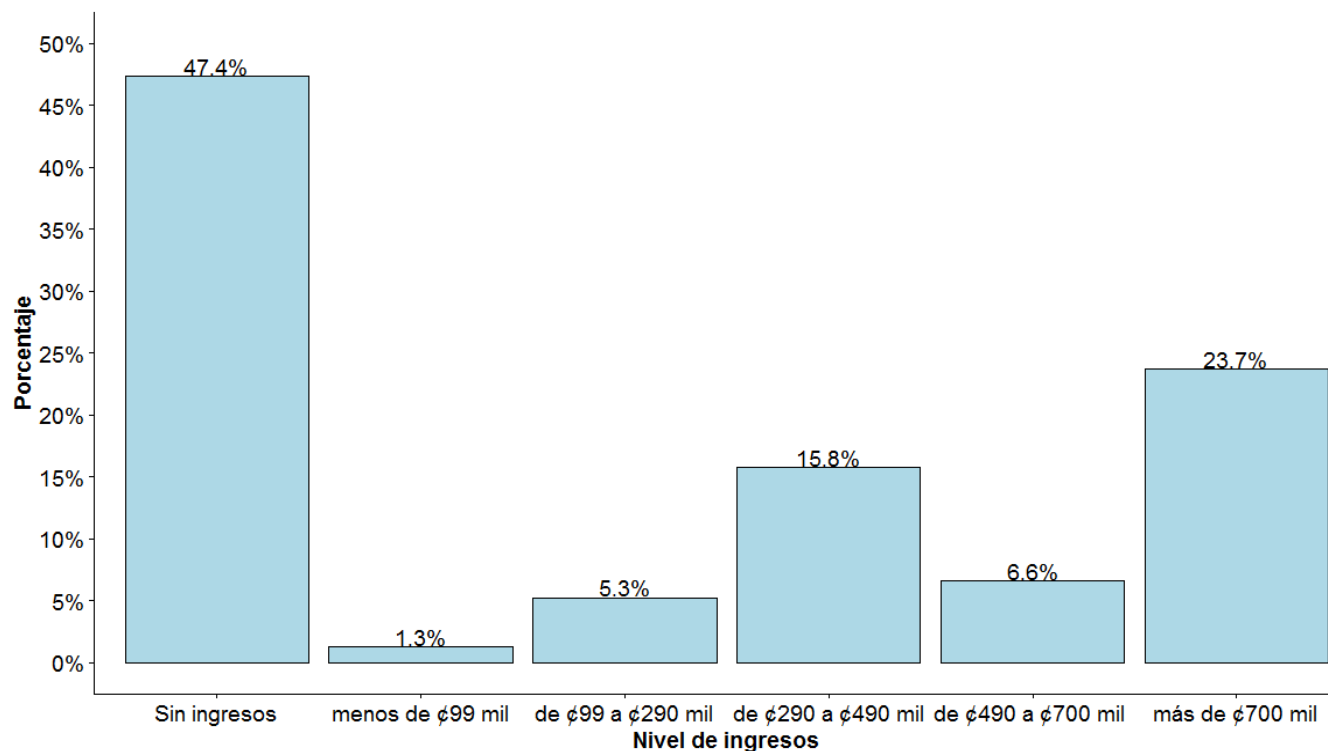


Fuente: Rojas, D (2016)

La mayoría de las mujeres en esta investigación tienen un título universitario, lo cual podría resultar beneficioso para ellas. Por su parte, Morales et al (2014), asegura que en su estudio, las mujeres con niveles educativos básicos fueron las que presentaron mayores riesgos de padecer obesidad, además en las mismas condiciones, se puede presentar la desnutrición. Según múltiples estudios, se dice que a mayor grado académico y clase social hay mayor probabilidad de tener un mejor estado de salud debido a que se tiene más acceso a la utilización de los servicios de salud y a la adopción de prácticas sanitarias preventivas (Muntaner, y otros, 2012).

Finalmente en la Figura N° 4, se presenta la distribución de las entrevistadas de acuerdo con su nivel de ingresos. En esta figura es posible enfocarse en dos puntos: el primero de ellos es que las mujeres dentro de la clasificación sin ingresos, son las mujeres que son amas de casa y representan un 47.4% de la muestra. El restante 53.6% son mujeres que actualmente se encuentran laborando y en mayoría presentan ingresos superiores a los ₡ 700 mil colones (23.7%) seguido de las mujeres que ganan entre ₡ 290 y ₡ 490 mil colones. Este resultado se encuentra muy asociado al nivel de estudios que tienen las entrevistadas, ya que es aceptado socialmente que mientras mayor sea la capacidad y nivel de educación de una persona así será también su compensación laboral

Figura N° 4
Distribución de mujeres por nivel de ingreso,
octubre-noviembre 2016.
(n=76 personas)



Fuente: Rojas, D (2016)

Las mujeres que no trabajan de forma remunerada, no presentan ingresos, debido a que no tienen un salario fijo y es por eso que representa un gran porcentaje de este estudio. Sin embargo, de las mujeres que trabajan de manera remunerada, la mayoría de ellas recibe ingresos mayores a los 700 mil colones. Morales et al (2014) concuerda con que entre mayor escolaridad, la cual se evidenció en la Figura N.3, mayores pueden ser los ingresos recibidos. Rodríguez y Muñoz (2015) aseguran que conforme mayor sea el nivel educativo, aumenta la posibilidad de estar empleada y entre mayor sea el ingreso, se constituye una

herramienta importante para facilitar el acceso al consumo de bienes y servicios en variedad y calidad.

4.1.2. El estado nutricional de las mujeres entrevistadas.

Para conocer cómo se encuentra el estado nutricional de las entrevistadas, se calculó el índice de masa corporal (IMC) y se agrupó en cuatro grupos: desnutrición, normal, sobrepeso y obesidad.

En la Tabla N° 4 se muestra la distribución de las mujeres de acuerdo a su estado nutricional. Se observa que la mayoría de las entrevistadas se encuentra clasificada dentro de un estado nutricional normal (61.8%), seguido de un considerable porcentaje dentro del estado nutricional de sobrepeso (23.7%). Se resalta también la presencia de 7 casos de mujeres con problemas de obesidad.

Tabla N° 4
Distribución del estado nutricional de las mujeres entrevistadas,
octubre-noviembre 2016.
(n=76 personas)

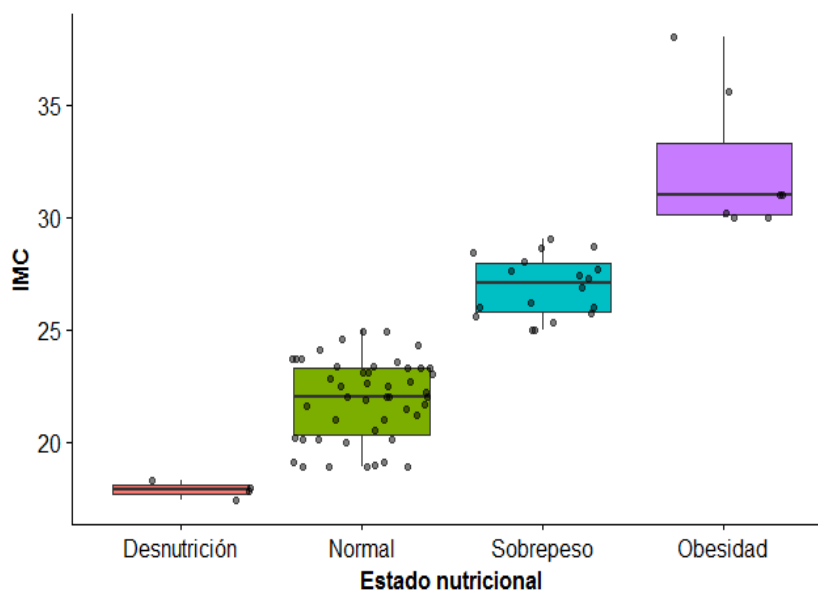
Estado Nutricional	Frec.	Frec. %
Desnutrición	4	5.3%
Normal	47	61.8%
Sobrepeso	18	23.7%
Obesidad	7	9.2%
Total	76	100%

Fuente: Rojas, D (2016)

Asimismo, la Figura N° 5 muestra el comportamiento observado del IMC de las mujeres entrevistadas se utilizan para ello los conocidos gráficos de caja. Dentro de los contornos de cada una de las cajas que encuentran agrupados el 50% de las observaciones según los cuatro grupos de estado nutricional. Además, al incorporar las observaciones individuales al gráfico, es posible observar la

presencia de valores extremos, en especial en el grupo de Obesidad (valores de IMC superiores a 30).

Figura N° 5
Comportamiento del IMC de las mujeres entrevistadas,
octubre-noviembre 2016.
(n=76 personas)



Fuente: Rojas, D (2016)

En esta investigación, a pesar de que un grupo muy grande de mujeres presenta un estado nutricional normal, muchas mujeres dentro de ese grupo están en el límite superior del peso normal. Por otra parte, 25 de ellas presentan sobrepeso y obesidad. Sánchez y Hernández (2016) aseguran que la población costarricense está cambiando y que a pesar de que en este estudio, la mayoría de las mujeres presenta un peso normal, no lo es así en el país. En las últimas décadas se ha mostrado un incremento significativo de mujeres jóvenes y adultas jóvenes con sobrepeso y obesidad. Debido a esto y otros estudios, se considera importante que la educación nutricional comience desde el hogar. Morales et al. (2014) considera que la obesidad es un problema de salud pública en muchos

países del mundo y de manera especial se presenta mayormente en mujeres adultas que en hombres. Son muchas las variables que hacen que una mujer presente un peso normal, un bajo peso o sobrepeso u obesidad.

4.1.3. Los hábitos alimentarios de las mujeres entrevistadas.

Como parte de los objetivos de la investigación, interesa conocer con el mayor detalle posible las características más importantes relacionadas con los hábitos alimentarios de las mujeres entrevistadas. Para esto se procedió a construir una escala que midiera la frecuencia del consumo de las mujeres en ciertos grupos de alimentos de interés:

- Lácteos
- Frutas
- Vegetales
- Proteínas
- Harinas
- Bebidas
- Dulces y otros

La escala propuesta asigna a cada persona un valor entre 0 y 10 según sea la frecuencia de consumo de cada uno de los grupos de alimentos anteriores. Mientras más cercano a cero sea el valor obtenido por cada una de las mujeres, menor será su consumo relativo del grupo de alimentos, por el contrario, mientras más cercano a 10 sea el valor obtenido por cada una de las mujeres, mayor será su consumo relativo del grupo de alimentos.

En ese sentido, la Tabla N° 5 muestra el valor promedio de la escala de frecuencia de consumo para cada uno de los grupos de alimentos y la correspondiente desviación estándar de acuerdo a la condición laboral de las mujeres. Se observa principalmente que el grupo de alimentos con mayor consumo entre las entrevistadas, corresponde a los dulces y otros alimentos similares. Además, se destaca el hecho de que los promedios de la escala de frecuencia de consumo tienden a ser similares entre las mujeres que actualmente se encuentran laborando de forma remunerada y las que no.

En todos los casos se planteó una prueba ANOVA que permitiera comparar si la diferencia entre estos promedios era estadísticamente significativa, sin embargo, en ninguno de los casos se encontraron resultados significativos (en ningún caso el valor p de la prueba fue menor a 0.05).

Tabla N° 5
Comparación de la escala de
frecuencia de consumo según condición laboral.
(n=76 personas)

Condición laboral	Promedio	Desviación Estándar
Escala Frecuencia Consumo: Lácteos		
Si trabaja	33.6	13.35
No trabaja	37.6	19.38
Escala Frecuencia Consumo: Frutas		
Si trabaja	39.84	18.47
No trabaja	45.45	23.29
Escala Frecuencia Consumo: Vegetales		
Si trabaja	37.47	19.23
No trabaja	44.82	19.11
Escala Frecuencia Consumo: Proteínas		
Si trabaja	29.89	21.3
No trabaja	33.02	14.06
Escala Frecuencia Consumo: Harinas		
Si trabaja	28.99	14.24
No trabaja	32.08	20.77
Escala Frecuencia Consumo: Bebidas		
Si trabaja	31.9	20.33
No trabaja	34.48	17.19
Escala Frecuencia Consumo: Dulces y otros		
Si trabaja	51.81	25.02
No trabaja	60.11	26.24

Fuente: Rojas, D (2016)

Otra de las preguntas interesantes que se realizaron a las entrevistadas y que podría suponer algún efecto sobre su estado de salud, corresponde al número de veces que las mujeres realizaban comidas fuera de su casa. En la Tabla N° 6 se muestra el porcentaje de mujeres que comen fuera de su casa, entre semana, durante el fin de semana y en la totalidad de la semana. Se observan diferencias marcadas en los resultados al comparar las salidas entre semana y durante el fin de semana, por ejemplo, entre semana un 50,7% de las mujeres no salen a comer fuera de su casa, mientras que durante el fin de semana ese porcentaje disminuye a 20.5%.

Tabla N° 6
Número de veces que las mujeres
entrevistadas comen fuera de la casa, octubre- noviembre 2016.
(n=76 personas)

Veces que come fuera de la casa	Entre Semana	Fin de semana	Veces que come fuera de la casa	Entre Semana	Fin de semana
0	50.7%	23.3%	11	1.4%	-
1	13.7%	27.4%	12	-	-
2	9.6%	21.9%	13	-	-
3	8.2%	17.8%	14	-	-
4	5.5%	4.1%	15	4.1%	-
5	4.1%	1.4%	16	-	-
6	-	4.1%	17	-	-
7	-	-	18	-	-
8	-	-	19	-	-
9	1.4%	-	20	-	-
10	1.4%	-	21	-	-

Fuente: Rojas, D (2016)

Villacis et al. (2015), explica que al comer fuera de casa se consume mayor cantidad de grasas y de menor calidad en la dieta. Existe una tendencia marcada a la hora de comer fuera del hogar, y es que se tiende a incrementar el tamaño de

las raciones y a consumir alimentos de alta densidad energética pero de bajo valor nutricional. Por otra parte, es importante destacar que en algunos restaurantes, la oferta de variedad de los grupos de alimentos es limitada. Por ejemplo, los restaurantes de comida rápida suelen tener muy poca oferta de productos como frutas, verduras, vegetales, legumbres y cereales integrales. En este mismo estudio, se concluyó que las personas que suelen comer fuera de casa al menos dos veces a la semana, presentan cambios en la calidad nutricional de la dieta, lo cual podría tener repercusiones en la salud de las personas.

Reséndiz et al. (2015) involucra otro punto muy importante también y es que cuando las personas comen fuera de su casa, las bebidas que se consumen son altas en azúcares y sodio. Normalmente se consumen gaseosas o refrescos cargados de azúcar para acompañar los alimentos. Y para terminar de realizar una comida fuera de casa, las personas acostumbran a comer algún postre dulce el cual tiene aún más grasa y azúcar. Por lo cual, es muy común que al consumir alimentos fuera de casa, estos sean de alta carga energética y de bajo valor nutricional.

Cuando se consumen alimentos fuera del hogar, no se tiene control sobre las técnicas de cocción que se utilizan ni sobre las porciones que son servidas. Sin embargo, si se puede elegir el tipo de alimento y cuánto de ese alimento se quiere consumir.

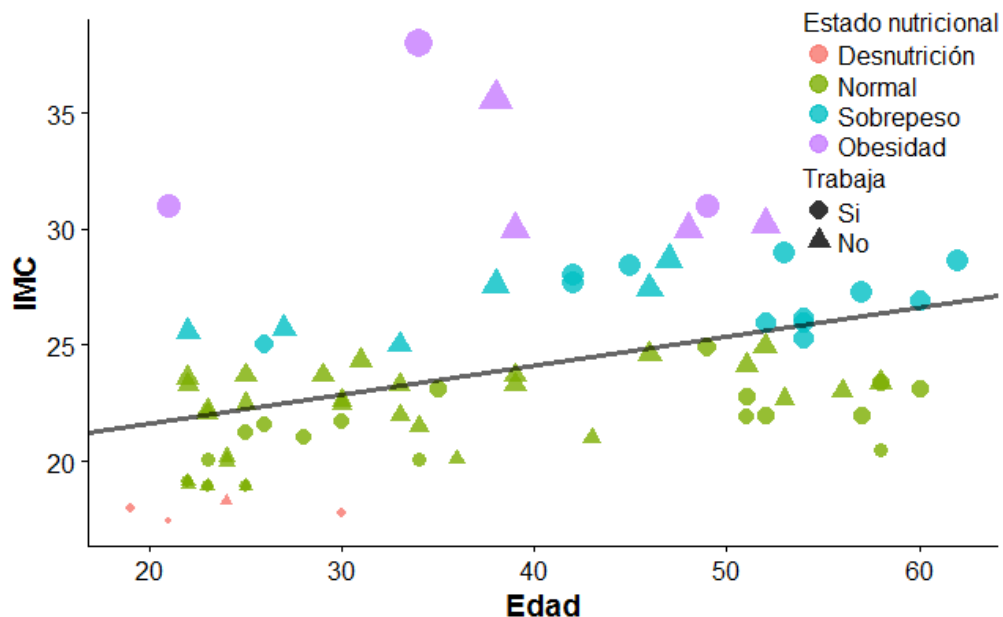
4.2. Análisis Bivariado

Seguidamente, se procede a desarrollar el análisis bivariado, por medio del cual se analiza más de una variable al mismo tiempo, para conocer la relación que pueda existir entre ellas.

4.2.1. Relación del IMC con la condición laboral de las mujeres

En la Figura N° 6 se presenta la relación existente entre el IMC de las personas y la edad, identificando el estado nutricional por colores y por el tamaño de figuras (mientras más grande la figura, indica mayor IMC) y también identificando la condición laboral de las mujeres (los puntos identifican las mujeres que trabajan).

Figura N° 6
Comportamiento del IMC de las mujeres
entrevistadas según la edad y condición laboral, octubre- noviembre 2016.
(n=76 personas)



Fuente: Rojas, D (2016)

Se observa primeramente que existe una relación creciente entre el IMC y la edad del individuo (representada por la línea con pendiente positiva color gris oscuro). Esto quiere decir que conforme aumenta la edad de las mujeres es esperable que su IMC aumente también. Para evaluar estadísticamente esta relación se utiliza una prueba t sobre la pendiente de la línea gris oscuro, donde la hipótesis nula corresponde a la afirmación de que no existe relación entre el IMC y la edad (lo cual es equivalente a decir que la pendiente de la línea de regresión es igual a cero). Los resultados indican que si hay una relación estadísticamente significativa entre el IMC y la edad ($t=-3.86$, valor $p=0.00$).

Además, hay presencia de casos extremos: las figuras más pequeñas de color rojo corresponden a las personas con desnutrición, mientras que los puntos fucsia (y más grandes) representan a las personas con obesidad. Se destaca el hecho de que las personas con desnutrición se encuentran hacia la izquierda de los 30 años y que el sobrepeso y obesidad se presenta dentro de todo el rango de edades pero con una mayor frecuencia a partir de los 40 años aproximadamente.

Kim et al. (2016) concuerda con este resultado debido a que en su estudio, el IMC de las mujeres aumentaba después de los 50 años de edad. Rossi et al. (2015) aseguran que dentro del proceso de envejecimiento y la etapa perimenopáusica, las mujeres tienden a padecer de cambios en la composición corporal debido a los cambios hormonales, donde se destaca la disminución de la talla y la acumulación de grasa abdominal. En ese estudio, la mayoría de las mujeres en la menopausia presentaron aumento de peso principalmente en los dos primeros años de la misma. En la presente investigación, se estudiaron

bastantes mujeres de los 50 en adelante por lo cual podrían estar incluidos factores hormonales en su peso corporal.

Condello et al. (2016) concuerda con lo anterior y menciona que el envejecimiento es un proceso multifactorial que conlleva no solo al deterioro físico, sino también psicológico y de salud en general. Y aunque no necesariamente debe haber una disminución de la calidad de vida, si existe un deterioro en los casos donde desde tempranas edades no existan adecuados hábitos alimentarios ni actividad física.

Respecto a la condición laboral de las mujeres entrevistadas, se observa que tanto las mujeres que trabajan (los puntos) y las que no (los triángulos), se encuentran dentro de los tres estados nutricionales definidos. Es decir, en apariencia las mujeres trabajadoras y las amas de casa pueden sufrir de los mismos problemas de nutrición.

Para abordar de una mejor manera estos resultados, se plantea una prueba estadística que permita comparar formalmente el comportamiento promedio del IMC de acuerdo a la condición laboral de las entrevistadas. Es decir, se probará si el promedio del IMC de las mujeres difiere según su condición laboral.

La Tabla N° 7 muestra el valor promedio del IMC de las mujeres de acuerdo a su condición laboral. Para probar si existe una diferencia significativa estadísticamente se utilizó la prueba ANOVA. Sin embargo, sus resultados indican que en general no existe diferencia estadísticamente significativa en el IMC de las mujeres que trabajan en comparación contra las mujeres amas de casa ($F=0.09$, $p=0.75$).

Tabla N° 7
Comparación del IMC de las mujeres entrevistadas según condición laboral,
octubre-noviembre 2016.
(n=76 personas)

Condición laboral	IMC	
	Promedio	Desviación Estándar
Si trabaja	24	4.49
No trabaja	23.71	3.63

Fuente: Rojas, D (2016)

En la presente investigación no hubo diferencias significativas en cuanto al IMC entre ambos grupos de estudio. Sin embargo, Kim et al. (2016) asegura que en su estudio se evidencia la relación que tiene largas horas de trabajo con el desarrollo de obesidad en mujeres. Por otra parte, Girdhar et al. (2016), en su estudio, asegura que la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres que eran amas de casa con un estatus socioeconómico alto. Un patrón similar fue encontrado también en el estudio de Anuradha, Ravivarvam y Jain. (2011), además de que en las mujeres que trabajan de forma remunerada no se encontró una diferencia en el IMC según la ocupación. Por su parte, Won et al. (2016) analizó que en el caso de ser menores de 60 años, el IMC de personas con trabajos remunerados era menor al IMC de las mujeres con trabajos no remunerados o desempleadas. El aumento de IMC va a depender de múltiples factores según región geográfica y hábitos de la mujer y no solo del grupo ocupacional al cual pertenece.

4.2.2. Relación del estado nutricional (IMC) con los hábitos alimenticios de las mujeres

En la Tabla N° 8 se pueden ver resultados adicionales respecto a los hábitos de consumo de las entrevistadas. Entre los principales resultados se

encuentra que la proporción de mujeres que consume alimentos entre comidas dentro del grupo de mujeres que no se encuentran laborando es mayor, en comparación con la misma proporción del grupo de mujeres que si trabajan. De la misma manera, se observa que las mujeres que trabajan y que han realizado modificaciones a su alimentación en los últimos 6 meses, representan una proporción mayor a sus equivalentes dentro del grupo que no trabaja. Lo mismo sucede al considerar el uso de algún suplemento alimenticio y al considerar el agregar sal a la comida ya preparada.

Sin embargo, al aplicar la prueba de independencia entre las categorías de cada una de las variables, no se obtuvieron resultados que sustentaran que la relación entre la condición laboral y los hábitos alimentarios de interés, fuera en ninguno de los casos, estadísticamente significativa

Tabla N° 8
Comparación de hábitos
alimentarios de las mujeres entrevistadas según condición laboral,
octubre- noviembre 2016.
(n=76 personas)

Condición laboral	Respuesta de interés:		Prueba Independencia	
	Si	No	Chi Cuadrado	Valor p
Come entre comidas:				
Si trabaja	6.6%	46.1%	1.91	0.16
No trabaja	13.2%	34.2%		
Ha modificado alimentación:				
Si trabaja	21.1%	31.6%	0.00	0.99
No trabaja	19.7%	27.6%		
Utiliza algún suplemento:				
Si trabaja	46.1%	6.6%	0.67	0.41
No trabaja	36.8%	10.5%		
Agrega sal a comida preparada:				
Si trabaja	39.5%	13.2%	0.64	0.42
No trabaja	30.3%	17.1%		

Fuente: Rojas, D (2016)

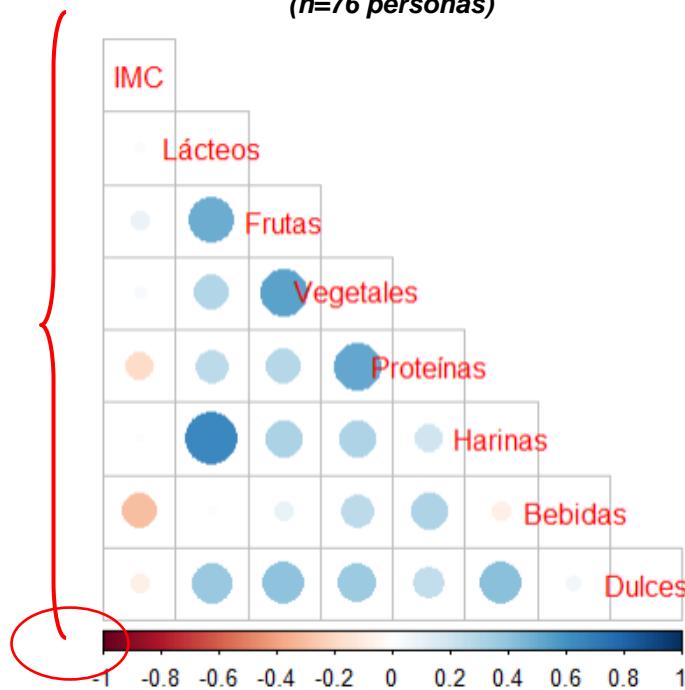
Un estilo de vida saludable no solo debe abarcar la parte física, sino también la parte mental, ya que de ella dependen muchas decisiones a la hora de la alimentación. Los estilos de vida de personas que trabajen y que no trabajen fuera del hogar van a ser muy distintos. Cantalicio y Vilchez (2014) mencionan que una buena alimentación es un elemento importante para la buena salud. Y lo que involucra la alimentación es bastante amplio y tiene que ver con los hábitos que se formen durante las diferentes etapas de la vida. El hecho de agregar sal a la comida preparada es un hábito que se desarrolla, comer entre comidas también lo es. Lo importante está en elegir los alimentos de mejor calidad y la cantidad de comida para realizar las meriendas entre comidas.

Para relacionar los hábitos alimentarios de las mujeres entrevistadas con el estado nutricional medido mediante el IMC, se utilizaron diversas técnicas estadísticas que permitieran relacionar los resultados. Como primera aproximación se construyó la Figura N° 7, donde se representa gráficamente la correlación lineal que existe entre el IMC y la escala de frecuencia de consumo de cada uno de los grupos de alimentos. El coeficiente de correlación lineal de Pearson, es una medida de la intensidad de la posible relación que existe entre dos variables cuantitativas. En la Figura N° 7, esta intensidad se representa de acuerdo a la intensidad del color: mientras más oscuro el color azul, la relación que exista entre las variables de interés será creciente, es decir, si la escala de frecuencia de consumo crece, entonces el IMC crecerá también; mientras más oscuro el color rojo, la relación que exista entre las variables de interés será decreciente, es decir, si la escala de frecuencia de consumo decrece entonces el IMC decrecerá

también. El coeficiente de correlación siempre adoptará valores entre -1 y 1, donde el valor 1 representa una relación directa perfecta (si una variable crece la otra también crecerá) y el valor -1 representa una relación inversa perfecta (si una variable crece la otra decrecerá). Para efectos del análisis, las correlaciones de interés se ubican en la primera columna, y cada una de las filas representa la escala de frecuencia de consumo nombrada.

Se puede observar que el IMC mantiene coeficientes de correlación con las distintas escalas de frecuencia de consumo de alimentos, relativamente bajos, esto se demuestra en la baja intensidad de los colores. El único coeficiente significativo corresponde a la relación inversa del IMC con el consumo de bebidas

Figura N° 7
Correlación entre el IMC de las mujeres entrevistadas
con la escala de frecuencia de consumo por grupo de alimentos,
octubre-noviembre 2016.
(n=76 personas)



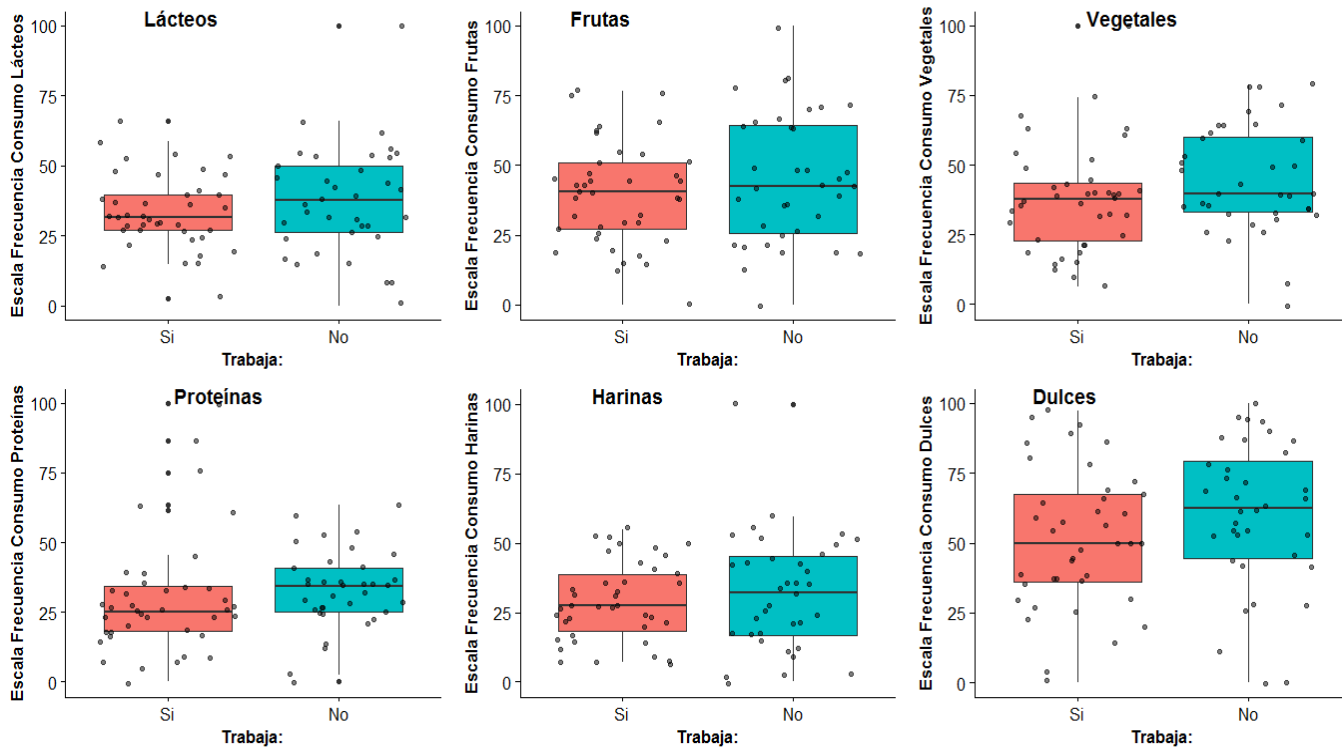
Fuente: Rojas, D (2016)

Gómez, Jiménez y Bacardí (2013), aseguran que las bebidas azucaradas o con azúcar añadida, como las bebidas saborizadas, los jugos naturales, bebidas carbonatadas, e infusiones, se han visto asociadas con un aumento en la obesidad, además de tener relación también con enfermedades como la hipertensión arterial, resistencia a la insulina, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, entre otras.

Aronow et al. (2014), como parte de su investigación, llegó a la conclusión que la escogencia de bebidas es mayormente por bebidas azucaradas con respecto a las no azucaradas. Además de ser de mayor preferencia, también ese tipo de bebidas son las que se consumen con más frecuencia. En este estudio, las gaseosas fueron las bebidas consumidas en primer lugar, seguido por el café. A pesar de que el café no presenta calorías, la mayoría de las personas le agregan azúcar y si se consume varias veces al día, esto puede resultar perjudicial para ciertas personas. En esa investigación Aronow y colaboradores aseguran que la mayoría de los entrevistados sobrepasa la recomendación de azúcares simples que recomienda la OMS.

Adicionalmente, la Figura N° 8 compara mediante gráficos de cajas, los resultados de las escalas de consumo. Es posible observar mediante esta figura que en general la distribución de los valores correspondientes a cada uno de los grupos de alimentos, no presentan grandes diferencias de acuerdo con la condición laboral de las mujeres.

Figura N° 8
Comportamiento de la escala de
frecuencia de consumo según condición laboral de las mujeres
entrevistadas, octubre-noviembre 2016.



Fuente: Rojas, D. (2016)

Won et al. (2016) menciona que las mujeres desempleadas tienden a comer menos frutas y vegetales y más comidas rápidas y snacks. Esto supone que al estar desempleado pudieran aparecer cambios que afecten la actividad física, el consumo de alimentos o ambos. En esta investigación, parece no haber una diferencia significativa entre los grupos de alimentos consumidos por ambos grupos de mujeres. Sin embargo resulta importante mencionar que el grupo de alimentos consumidos con mayor frecuencia son los dulces y alimentos similares.

Dongo et al. (2012), asegura que la adopción de dietas altas en grasas, azúcares, carbohidratos y bajas en fibra y grasas poliinsaturadas (como los dulces

y reposterías), son características de la transición de la epidemiología nutricional que sufre el mundo.

Dichosamente, el grupo de alimentos que en segundo lugar tiene mayor consumo es el de las frutas. Calañas (2010) menciona que un consumo adecuado de frutas y vegetales, puede presentar una ventaja desde el punto de vista nutricional, ya que se ha visto que estos alimentos contienen gran cantidad de flavonoides, antioxidantes, fibra y otros nutrientes. Anuradha et al. (2016) asegura que un adecuado consumo de frutas y vegetales, está relacionado con una menor prevalencia de sobrepeso y obesidad.

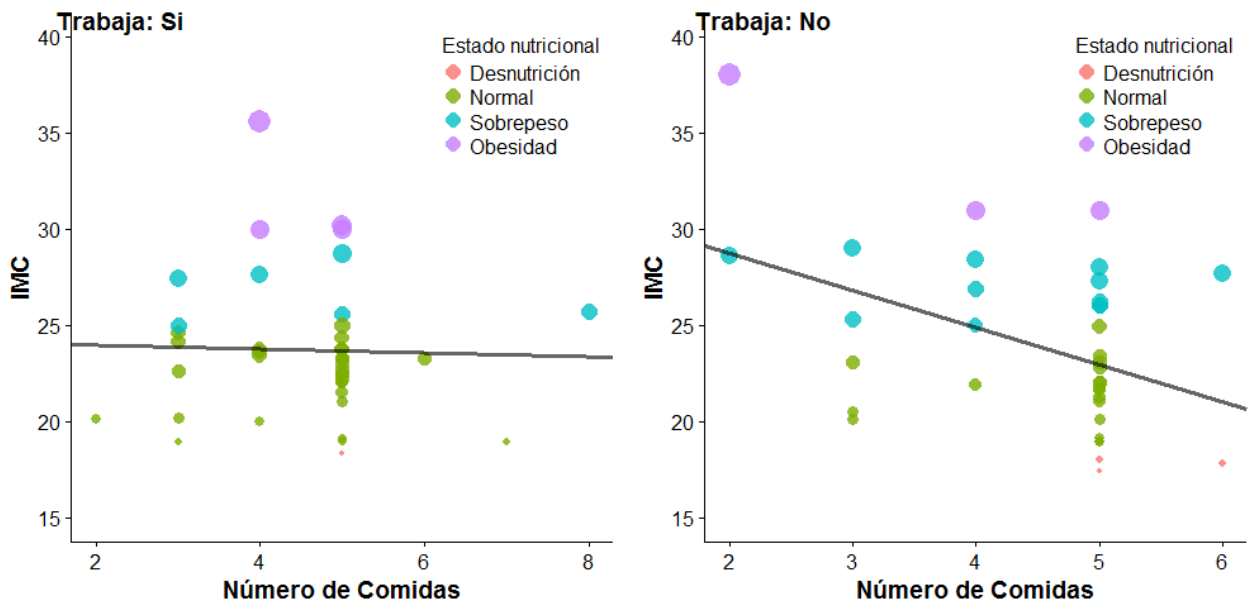
Por otro lado, los resultados arrojan un consumo de lácteos y proteínas relativamente bajo. Pou et al (2014) menciona que en el caso de alimentos fuente de proteína de alto valor biológico, es importante recalcar que, un exceso de estos alimentos se considera perjudicial para la salud, ya que, se ha encontrado en los embutidos el contenido de compuestos nitrogenados como las nitrosamidas, que son compuestos cancerígenos; por esto su consumo se asocia con el aumento del riesgo de diversos tipos de cáncer. Sin embargo, el grupo de lácteos contiene muchos beneficios para la salud si se consumen con moderación. Berciano y Ordoñas (2014) aseguran que la leche y derivados lácteos bajos en grasa aportan protección contra las enfermedades cardiovasculares, previene la HTA y reducen el riesgo de ACV.

Vidal et al. (2012), explica que el bajo consumo de hidratos de carbono, como se refleja en esta investigación principalmente de leguminosas, cereales y legumbres, hace que el perfil calórico de la dieta sea desequilibrado

con alta ingesta de grasa y baja de carbohidratos. Esta tendencia favorece a la deficiencia de fibra, vitaminas y minerales como el ácido fólico.

Por otra parte, la Figura N° 9 muestra la relación que existe entre el IMC de las mujeres y el número de comidas que se realizan durante el día, separado por la condición laboral de las entrevistadas. Se observa que en el grupo de las mujeres que si trabajan, la relación es prácticamente imperceptible, debido a la poca inclinación de la línea de ajuste, mientras que en el grupo de mujeres que no trabaja, pareciera existir una relación negativa significativa entre el IMC y el número de comidas al día. Es decir, mientras mayor sea el número de comidas al día, el IMC tiende a disminuir.

Figura N° 6
Comportamiento del IMC de las mujeres
entrevistadas según el número de comidas al día, octubre- noviembre 2016.
(n=76 personas)



Fuente: Rojas, D (2016)

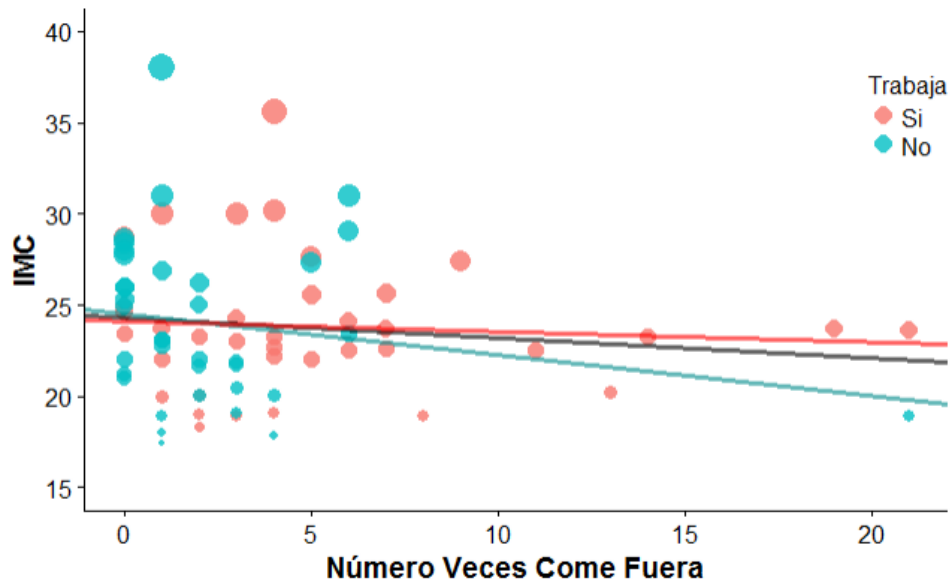
Aunque no lo parezca, el número de comidas que se realicen al día es importante dentro de una alimentación balanceada. Leiva et al. (2016), sugiere

que fraccionar la dieta y realizar varias comidas al día ayuda a regularizar el peso corporal y a optimizar el control metabólico. El cuerpo recibe una mejor distribución de energía y de macronutrientes por tiempo de comida a lo largo del día, que si solo se consumieran 2 comidas al día. Consumir menos de 5 comidas al día aumenta en 50% la posibilidad de aumentar de peso ya que se tiene menos energía a lo largo del día, lo que conlleva al sedentarismo y el metabolismo se disminuye. En esta investigación, la mayoría de las mujeres que no trabaja de forma remunerada, realiza más tiempos de comida al día, lo cual se asocia posiblemente al tiempo disponible a lo largo del día.

Byrd et al (2009) también recalca la importancia que cada comida que se realice al día, se haga de manera variada. Es decir, que se consuman de todos los grupos de alimentos posibles, para que el organismo reciba de todos los nutrientes que existen en los diferentes alimentos. El consumo de alimentos densos en nutrientes es muy importante para aquellas mujeres que no tienden a consumir muchos alimentos, como por ejemplo las adultas mayores, quienes van perdiendo apetito.

Por su parte la Figura N° 10 relaciona el IMC de las mujeres contra el número de veces que salen a comer fuera de su casa durante la semana y diferenciando también respecto a la condición laboral. Aunque estadísticamente estos resultados no son significativos, las mujeres que trabajan de forma remunerada son las que comen fuera de casa con mayor frecuencia. Sin embargo no existe un resultado significativo con respecto al IMC.

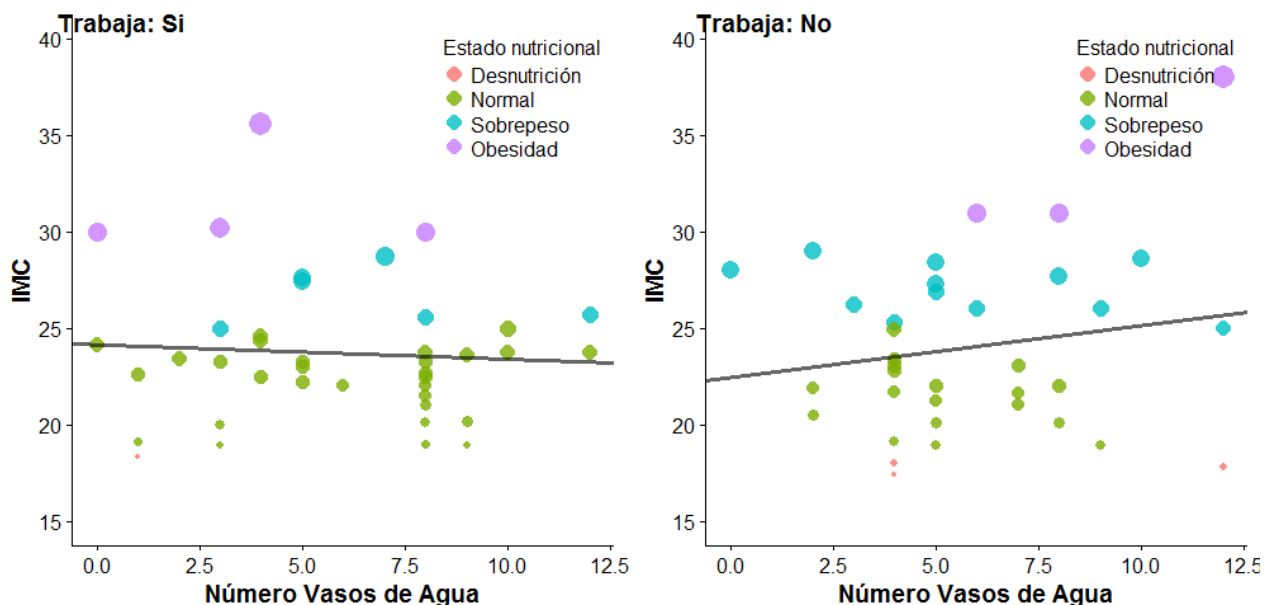
Figura N° 10
Comportamiento del IMC de las mujeres entrevistadas
según el número de veces que come fuera y condición laboral, octubre-
noviembre 2016.
(n=76 personas)



domésticas, incluida la preparación de alimentos, debido a que dedica menos tiempo a estar dentro del hogar.

De una manera similar, la Figura N° 11 muestra la relación que existe entre el IMC de las mujeres y el número de vasos de agua que se consumen durante el día. En este caso, la relación marcada dentro del grupo de mujeres que no trabajan entre el IMC y la cantidad de vasos de agua al día es creciente. Es decir, mientras mayor es la cantidad de vasos de agua, el IMC tenderá a ser mayor. Ambas relaciones y las estudiadas mediante la correlación lineal de Pearson serán verificadas en conjunto mediante un modelo de regresión lineal múltiple, al final de esta sección.

Figura N° 11
Comportamiento del IMC de las mujeres
entrevistadas según el número de vasos de agua al día, octubre-noviembre
2016.
(n=76 personas)

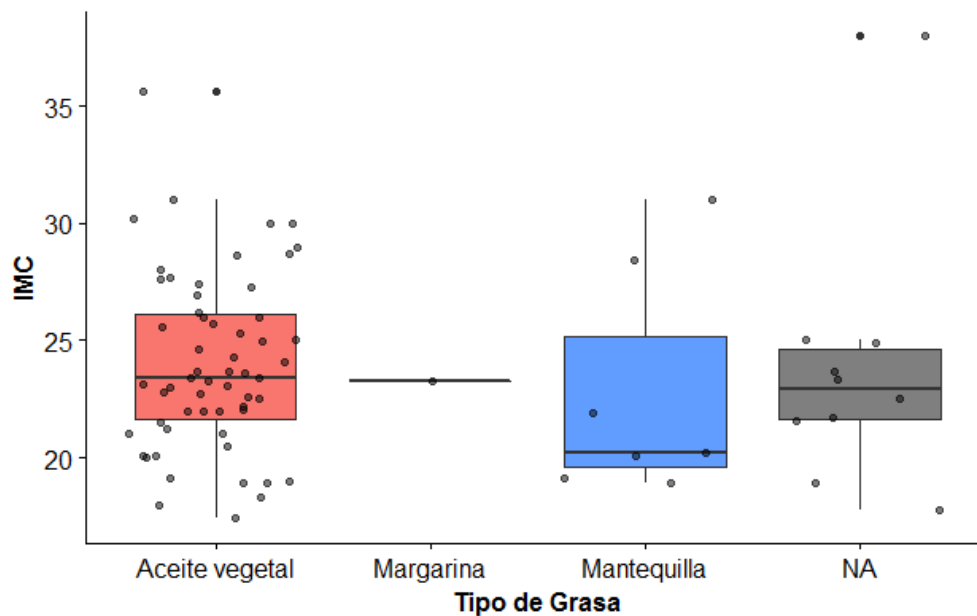


Fuente: Rojas, D (2016)

En la figura anterior, se observa como las mujeres que no trabajan de forma remunerada y con mayor IMC, consumen más vasos de agua al día que aquellas mujeres que trabajan y que tiene sobrepeso y obesidad. De alguna forma esto es favorable para ellas, porque según la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionista Dietistas (AADYND) (2014), el consumo de agua pura permite contrarrestar el aporte de calorías vacías proveniente de golosinas, bebidas azucaradas como gaseosas, néctares, jugos, entre otros, contribuyendo a disminuir el peso que este tipo de alimentos logra aumentar.

Entre otras posibles relaciones, se encuentra el comportamiento diferenciado en el IMC de las mujeres de acuerdo con el tipo de grasa que se utiliza para cocinar. La Figura N° 12 muestra que la gran mayoría de las mujeres utiliza el aceite vegetal para cocinar y que la margarina y mantequilla son opciones poco utilizadas (seguidas por la presencia de valores perdidos en la muestra). Al igual que en los análisis anteriores, cada contorno de las cajas contiene el 50% de las observaciones y la línea horizontal que cruza la caja representa el valor mediano. Es fácil ver que, excepto por el uso de mantequilla, los valores medianos tienden a ser similares. Sin embargo, a pesar de la aparente diferencia en el comportamiento mediano, los valores promedios del IMC según el tipo de grasa utilizada para cocinar no son estadísticamente diferentes.

Figura N° 12
Comportamiento del IMC de las mujeres
entrevistadas según el tipo de grasa para cocinar, octubre-noviembre 2016.
(n=76 personas)



Fuente: Rojas, D (2016)

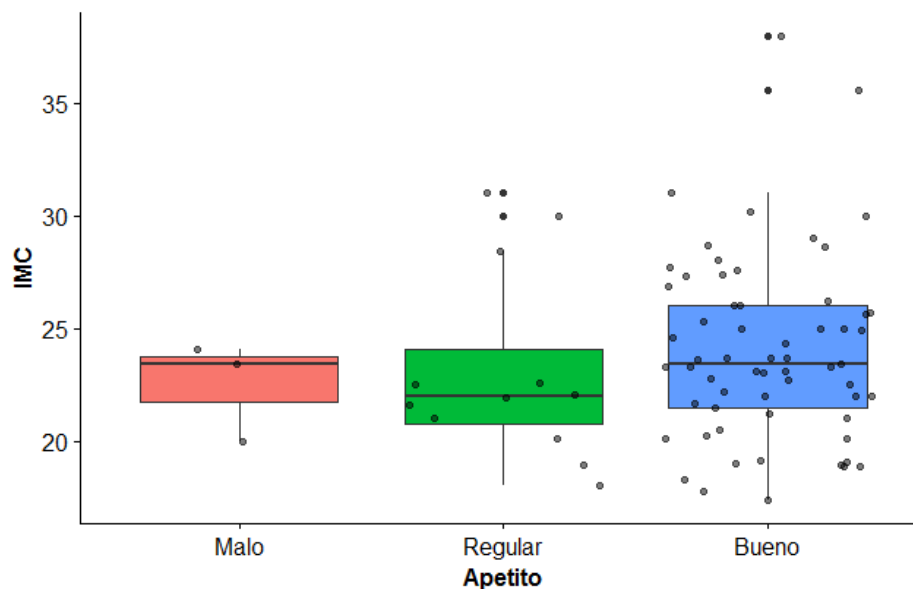
En esta investigación se analiza el tipo de grasa con que se cocina. Dichosamente, la mayoría de las mujeres realiza sus preparaciones culinarias con aceite vegetal. Según Ros et al. (2015), su consumo resulta beneficioso para la salud debido a que reduce el colesterol LDL, los triglicéridos y aumenta el colesterol HDL. Siempre y cuando su consumo sea adecuado, los ácido grasos monoinsaturados (AGM) y poliinsaturados (AGP) como los aceites vegetales, reducen el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y se les suele llamar cardioprotectores. Los ácidos grasos monoinsaturados constituyen la grasa mayoritaria consumida por la población occidental. Sin embargo, un exceso de consumo de grasas provenientes de la técnica de cocción puede provocar un

aumento de peso ya que los altos contenidos de grasa en los alimentos producen un incremento en la densidad energética de la dieta.

Ros et al. (2015) además pone en evidencia que la ingesta poco moderada de ácidos grasos saturados, como la mantequilla, aumenta significativamente el colesterol total, y el colesterol LDL y moderadamente el colesterol HDL. Es debido a esto que se recomienda la sustitución de los ácidos grasos saturados (AGS) y AGP

De manera similar, la Figura N° 13 muestra el comportamiento del IMC de las mujeres entrevistadas según el apetito que han mostrado. Se observa que el comportamiento mediano se mantiene aproximadamente dentro de un mismo nivel (horizontalmente) por lo cual la prueba ANOVA, no detectó diferencias significativas en los promedios del IMC según el apetito.

Figura N° 13
Comportamiento del IMC de las
mujeres entrevistadas según el apetito, octubre-noviembre 2016.
(n=76 personas)



Fuente: Rojas, D (2016)

El IMC de las mujeres no se ve influenciado según el apetito de las mujeres, Sin embargo, es importante que las mujeres presenten buen apetito porque permite mantener una dieta adecuada. Reyna et al. (2015) asegura que el apetito está relacionado con los alimentos que se consuman y cuándo se consuman. Muchos de los alimentos que se consumen entre comidas no son los adecuados porque contienen un alto contenido de grasas y azúcares que no van a nutrir y las calorías vacías hacen que se tenga hambre más rápidamente. Sin embargo, se pueden sustituir esos alimentos por otros más saludables de menor contenido calórico y más nutritivos. Existen una serie de componentes en los alimentos que se han identificado por producir cambios a corto plazo en la saciedad de las personas, como por ejemplo la fibra.

Es apropiado que las mujeres presenten buen apetito, sin embargo, la importancia está en la elección de los alimentos que se utilicen para saciarlo, los cuales van a influir en su estado nutricional.

Finalmente, la Tabla N° 9 y la Tabla N° 10 muestran el valor promedio del IMC de las mujeres de acuerdo a hábitos alimenticios, como por ejemplo, comer entre comidas, si se utiliza algún suplemento alimenticio o si se agrega sal a la comida ya preparada; y respecto si ha modificado su alimentación en los últimos 6 meses. Al utilizar la prueba ANOVA de diferencia de promedios, en ninguno de los casos se encontró una diferencia estadísticamente significativa si se utilizara un nivel de significancia del 5%. Sin embargo, si se utilizara un nivel de significancia del 10% la diferencia entre los promedios del IMC de las mujeres según su

respuesta a la pregunta ¿ha modificado su alimentación en los últimos 6 meses?, sí sería significativa¹

Tabla N° 9
Comparación del IMC de las mujeres entrevistadas
según sus hábitos alimentarios, octubre-noviembre 2016.
(n=76 personas)

Respuesta de interés:	Promedio	Desviación Estándar
Come entre comidas:		
Si	23.99	3.46
No	23.81	4.19
Utiliza algún suplemento:		
Si	24.05	4.17
No	22.86	3.22
Agrega sal a comida preparada:		
Si	24.21	4.11
No	22.99	3.8

Fuente: Rojas, D (2016)

La Tabla N° 10, muestra de manera detallada la respuesta a la pregunta de: ¿ha modificado su alimentación en los últimos seis meses? Esta resulta ser una pregunta interesante que presenta resultados que tienen relación con el IMC de las mujeres.

¹ El nivel de significancia de una prueba de hipótesis se puede entender como la probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando esta es verdadera. En ese sentido, mientras menor sea el nivel de significancia, más rigurosa es la prueba puesto que se necesita una mayor evidencia en los datos para aceptar que los promedios del IMC según la variable de interés, son diferentes. Para nuestro caso, al utilizar un nivel de significancia de 10% en lugar de un 5%, se está siendo más flexible ya que se utiliza un 10% de probabilidad de que aceptemos que los promedios del IMC son diferentes cuando en realidad no lo son.

Tabla N° 10
Comparación del IMC de las mujeres entrevistadas
según ha modificado alimentación, octubre-noviembre 2016.
(n=76 personas)

Respuesta de interés:	Promedio	Desviación Estándar
Ha modificado alimentación:		
Si	22.87	3.58
No	24.52	4.22

Fuente: Rojas, D (2016)

Modificar la alimentación por una más saludable, permite a las personas incurrir en hábitos y comportamientos alimentarios que permitan el mejoramiento de su estado de salud. Leija et al. (2011), en su estudio, aseguran que las personas que lograron modificar su alimentación por medio de algún tratamiento dietético, pudieron ser capaces de notar los beneficios que estos cambios trajeron a su salud, lo cual resulta favorable para cualquier tratamiento de obesidad. Leija y colaboradores recomiendan que las personas que modifiquen su alimentación con el propósito de una mejora en su salud, lo hagan mediante la aplicación de un enfoque integrador, el cual incluye diversos profesionales en salud.

4.2.3. Modelo de regresión: evaluación de los efectos sobre el IMC en conjunto.

Los resultados anteriores han relacionado el IMC de las mujeres entrevistadas con los resultados de las variables de interés de manera aislada. Sin embargo, es necesario considerar los efectos conjuntos que pueden tener las variables de interés sobre el resultado del IMC de las mujeres. Por lo anterior, para evaluar finalmente si existen efectos significativos sobre el IMC de las personas y

consecuentemente en su estado nutricional, de una manera conjunta se plantea la técnica estadística multivariada conocida como regresión lineal múltiple.

Esta técnica consiste en estimar las contribuciones lineales (parámetros de la ecuación β_i) de una serie de variables asociadas al IMC y que son vistas como variables explicativas del mismo.

Para la investigación se plantea una ecuación que utiliza variables de las mujeres para explicar su IMC, la ecuación adopta la siguiente forma y se destacan con negrita las variables explicativas utilizadas:

$$\begin{aligned}
 \text{IMC} = & \beta_0 + \beta_1 * \text{Edad} + \beta_2 * \text{\#Comidas. al. dia} + \beta_3 \\
 & * \text{\#Vasos. agua. al. dia} + \beta_4 * \text{Consumo. lacteos} + \beta_5 \\
 & * \text{Monsumo. frutas} + \beta_6 * \text{Consumo. vegetales} + \beta_7 \\
 & * \text{Consumo. proteina} + \beta_8 * \text{Consumo. harina} + \beta_9 \\
 & * \text{Consumo. bebidas} + \beta_{10} * \text{Consumo. dulces} + \beta_{11} \\
 & * \text{Come. entre. comidas} + \beta_{12} * \text{Modifico. alimentacion} \\
 & + \beta_{13} * \text{Utiliza. suplemento} + \beta_{14} \\
 & * \text{Sal. comida. preparada} + \beta_{15} \\
 & * \text{Total. veces. come. fuera} + \beta_{16} \text{Trabaja} + \text{error}
 \end{aligned}$$

Sin embargo, no todas las variables de interés resultaron tener un efecto estadísticamente significativo en el IMC de las mujeres. La Tabla N° 11 muestra únicamente las variables que tienen un efecto significativo en el IMC evidenciado por su valor p menor a un 5% de significancia. Se debe poner especial atención a la columna estimado, pues representa el valor de los β_i asociados a cada variable y corresponden al efecto que tiene cada resultado sobre el IMC.

Tabla N° 11
Resultados de la regresión lineal para explicar
el IMC de las mujeres respecto a las variables de interés.
(n=76 personas)

Parámetro	Estimado	Error estándar	Estadístico t	Valor p
Intercepto	19.07	1.56	12.19	0.00
Edad	0.14	0.03	4.58	0.00
Escala Frecuencia Consumo Bebidas	-0.06	0.02	-3.04	0.00
¿Ha modificado su alimentación en los últimos 6 meses?	-2.79	0.80	-3.48	0.00

Fuente: Rojas, D (2016)

La interpretación de cada β_i estimado es la siguiente:

- El intercepto corresponde al valor constante del IMC de la muestra de acuerdo a nuestro modelo. Es decir, el valor mínimo que se espera observar, de acuerdo con las características de las mujeres de la muestra, es de 19.07.
- El coeficiente estimado de la **edad**, es de 0.14 unidades, esto quiere decir que por cada año de aumento en la edad de las mujeres, se espera que el IMC **aumente** en 0.14 unidades por concepto de la edad.
- El coeficiente estimado de la **Escala de Frecuencia de Consumo de bebidas**, es de -0.06 unidades, esto quiere decir que por un aumento en la Escala de Frecuencia de Consumo de Bebidas de 1 unidad, el IMC tenderá a **disminuir** en 0.06 unidades. Investigando las respuestas observadas por las mujeres, se encontró que en general las entrevistadas tienen como principal costumbre consumir con gran frecuencia té o café. Por lo cual, se

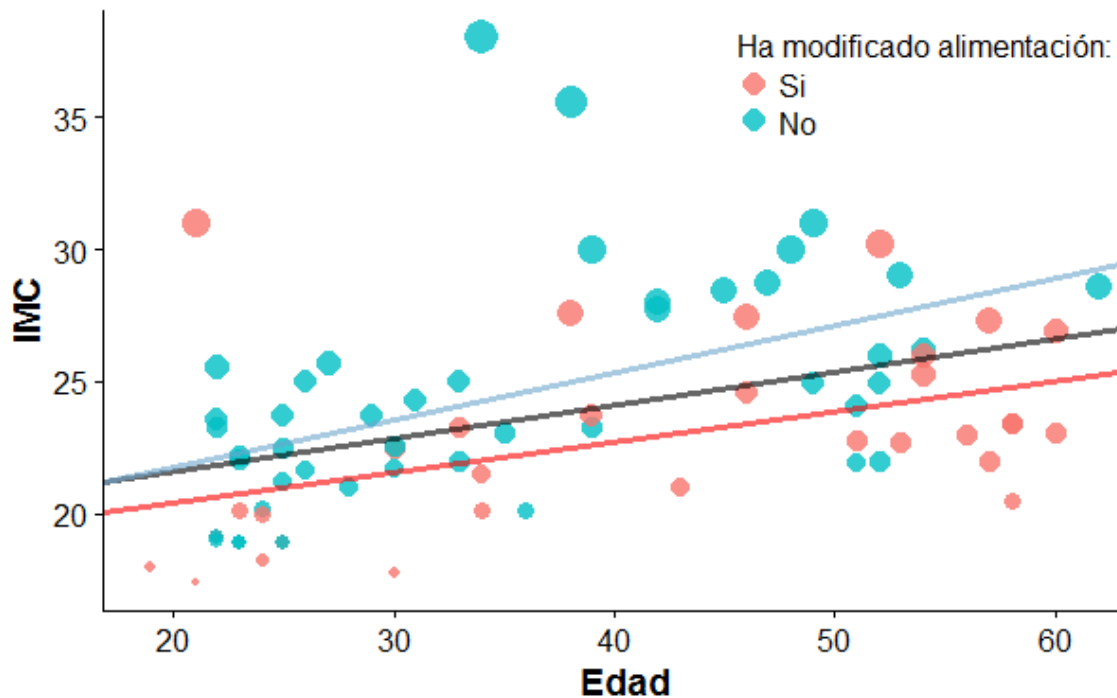
deduce que alguna de estas bebidas podría tener un efecto significativo leve sobre la disminución del IMC. Lamentablemente no se cuenta con mayores detalles sobre las bebidas que consumen las entrevistadas.

- El coeficiente estimado de la pregunta **¿ha modificado su alimentación en los últimos 6 meses?**, es de -2.79 unidades. Representa el mayor efecto sobre el IMC de las mujeres. Esto quiere decir que las personas que afirmaron haber modificado su alimentación en los últimos 6 meses tenderán a presentar un valor de IMC **menor** en -2.79 unidades en comparación con el resto de mujeres que no han modificado su alimentación en los meses anteriores.

Al investigar sobre las razones del porqué estas mujeres han modificado su alimentación, se encuentran asociadas en gran mayoría a objetivos para mejorar su salud, hacer dietas o incursionar en planes de ejercicio. Con esta pregunta, en realidad se está captado de alguna manera, aquellas mujeres que se encuentran bajo algún control nutricional o de ejercicio. En ese sentido, la Figura N° 14 muestra el comportamiento diferenciado de acuerdo a la modificación de su alimentación. La línea color gris representa el comportamiento del IMC respecto a la edad y sin diferencias por la pregunta ¿ha modificado su alimentación en los últimos 6 meses?, mientras que la línea color azul claro representa el comportamiento del IMC respecto a la edad para las mujeres que no han modificado su alimentación en los últimos 6 meses. Finalmente la línea color rojo representa el comportamiento del IMC respecto a la edad para las mujeres que sí han modificado su alimentación en los últimos

6 meses. Es claro notar como las mujeres que sí modificaron su alimentación, en general tienen un nivel de IMC menor a las mujeres que no modificaron su alimentación.

Figura N° 14
Comportamiento del IMC de las mujeres entrevistadas
de acuerdo con la edad y modificaciones en la alimentación,
octubre- noviembre 2016.
(n=76 personas)



Fuente: Rojas, D (2016)

La modificación y la mejora de la alimentación, es una excelente estrategia para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Vidal et al. (2012) asegura que los hábitos alimentarios se forman a muy temprana edad y se consolidan en la adolescencia y juventud. Ellos dependen de diversos factores asociados a estilos de vida y sus alrededores. El querer mejorar la alimentación es el inicio para conseguir cambios en los hábitos alimentarios incorrectos y de inculcar costumbres sanas que mejoran el estado físico, mental y nutricional.

Aún mujeres en edad adulta, pueden lograr comenzar a desarrollar nuevos hábitos alimentarios que les permitan mejorar su estado de salud.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Numeralmente, las mujeres que trabajan de manera remunerada presentan IMC mayores que las mujeres que trabajan de manera no remunerada (amas de casa). Sin embargo, estadísticamente no existe una diferencia importante tanto para el IMC, como para los hábitos alimentarios, entre los dos grupos de mujeres en estudio. Los resultados que se obtienen en esta investigación parecen no estar definidos por uno u otro grupo de estudio, sino más bien reflejan ser resultados que se dan en ambos grupos de mujeres en general según características individuales de cada persona.

- Se determina que la característica sociodemográfica de edad tiene relación directa con el estado nutricional. El IMC tiende a aumentar, conforme se aumenta la edad. La mayoría de las mujeres entrevistadas son casadas, que cuentan con títulos universitarios. Además, la mayoría de las mujeres que trabaja de forma remunerada cuenta con ingresos superiores a los 700 mil colones. Todo esto indica que mayoría de la muestra analizada, pertenece a una clase social media o alta.

- Además, se concluye que el 61,8% de la muestra de la investigación se encuentra en un estado nutricional normal. El 23,7% presenta un estado de sobrepeso, seguido por un 9,2% de obesidad y por último, un 5,3% de desnutrición o bajo peso. Se entrevistaron mujeres de distintos rangos de

edad, por lo cual, los resultados indican que el amplio rango de edades de las mujeres, puede abarcar todos los tipos de estado nutricional.

- Se observa que el grupo de alimentos consumido mayormente por la muestra en general son los dulces y alimentos similares, lo cual puede provocar un impacto negativo tanto en mujeres que laboran de forma remunerada y las que no. Sin embargo, el segundo grupo de alimentos que presenta un consumo elevado son las frutas, por lo que puede suponer beneficioso para el estado nutricional de las mujeres.

- Estadísticamente, no existe diferencia significativa en la elección de los diferentes grupos de alimentos entre los dos conjuntos de mujeres estudiados. Sin embargo, en cuestión de hábitos alimentarios, las mujeres que trabajan de forma no remunerada consumen más tiempos de comida al día que las que trabajan de forma remunerada. Mientras que este último grupo es más propenso a utilizar sal extra en las comidas, consumir suplementos y tomar más vasos de agua al día. Y aunque la diferencia de hábitos alimentarios no es significativa, se puede observar como es probable que los hábitos desarrollados en las mujeres que trabajan de forma remunerada estén asociados con permanecer fuera de casa por un largo periodo de tiempo.

- Se concluye además, que estadísticamente no existe una diferencia significativa en el estado nutricional de las mujeres que trabajan de forma remunerada y las que no. Ambos grupos de mujeres se encuentran dentro de los cuatro estados nutricionales más comunes dentro de la investigación. Es decir, y según esta investigación, pueden sufrir de los mismos problemas de nutrición. Sin embargo, en general, las mujeres más propensas a padecer de sobrepeso y obesidad fueron las mayores de 50 años en ambos grupos de estudio.

- Finalmente, se establece que el IMC se ve afectado principalmente por la edad de la mujer. Pero además, el IMC de las mujeres que han modificado su alimentación en los últimos seis meses también se ve afectado, ya que la mayoría de esas mujeres que han modificado su alimentación ha sido por mejorar su salud, por lo que han realizado planes nutricionales, planes de ejercicio físico, entre otras. Efectivamente, una mujer que decida mejorar su alimentación para bien, va a notar cambios en su estado nutricional también. Sin embargo, se esperaba obtener más resultados que tuvieran una afectación importante sobre el IMC.

5.2. RECOMENDACIONES

- Utilizar al menos la mitad de la población como muestra en caso de que se decida seguir trabajando con la misma población, de tal manera que se pueda tener un diagnóstico más representativo.

- Realizar para futuras investigaciones, las mediciones antropométricas a una misma hora del día, para obtener datos más reales entre todas las personas que conformen la muestra.

- Incluir en la investigación un taller opcional de educación nutricional para las personas que estén interesadas en aprender acerca de hábitos alimentarios saludables.

- Utilizar otro instrumento para evaluar con mayor profundidad los hábitos alimentarios de las mujeres y que permita cuantificar y realizar relaciones más específicas y claras entre el estado nutricional y los comportamientos alimentarios de las mujeres.

- Ampliar la hoja de recolección de datos para conocer a profundidad el tipo de trabajo que realizan las mujeres trabajadoras de forma remunerada y el tiempo dentro del hogar que puedan pasar las amas de casa para conocer también sus comportamientos de actividad física.

- Realizar, para futuras investigaciones, más mediciones antropométricas como por ejemplo la circunferencia de cintura y el porcentaje de grasa para conocer más a fondo el estado nutricional de las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

Ahmed, S. Creanga, A. Gillespie, D. Tsui, A. (2010). Economic Status, Education and Empowerment: Implications for Maternal Health Service Utilization in Developing Countries. *PLoS One* 5(6). doi: 10.1371/journal.pone.0011190

Anuradha, R. Ravivarman, G. Jain, T. The Prevalence of Overweight and Obesity among Women in an Urban Slum in Chennai. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 5 (5), 957-960. Recuperado de: <http://www.jcdr.net/articles/PDF/1534/12%20-%202644.pdf>

Arce, A.P. Claramunt, M. (2009). Educación para la Salud como tema transversal en el sistema educativo costarricense. Ministerio de Educación Pública. Recuperado de: <http://www.bvs.sa.cr/saludmental/mep.pdf>

Aronow, M. Lavanda, I. Leal, M. Olagnero, G. (2014). Hábitos de consumo de bebidas e infusiones sin alcohol y su relación en el estado nutricional en los empleados de mostrador de cuatro farmacias de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Revista Chilena de Nutrición*. 41 (3), 243-250. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v41n3/art03.pdf>

Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas. (Enero de 2014). Identifican estrategias fáciles de implementar para que la gente tome más agua. Recuperado de: http://www.aadynd.org.ar/descargas/prensa/GACETILLA_ENERO_2014_AADYND_Habitos_hidratacion_ante_el_calor.pdf

- Berciano, S. Ordovás, J. (2014). Nutrición y salud cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 738-747. Doi: 10.1016/j.recesp.2014.05.003
- Berghöfer, A. Pischon, T. Reinhold, T. Apovian, C. Sharma, A. Willich, S. (2008). Obesity prevalence from an European perspective: a systematic review. *BMC Public Health*, 8(200). Doi: 10.1186/1471-2458-8-200
- Brown, J. (2008). *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*. Editorial Mc Graw Hill.
- Byrd-Bredbenner, C. Moe, G. Beshgetoor, D. Berning, J. (2009). *Perspectivas en Nutrición*. Editorial Mc Graw Hill.
- Calañas, A. (2010). Bases científicas de una alimentación saludable En D. de Luis, D. Bellido, & P. García, *Dietoterapia, Nutrición Clínica y Metabolismo* (págs. 3-27). España: Ediciones Díaz de Santos.
- Calvo, S. Gómez, C. López, C. Royo, M. (2012). *Nutrición, salud y alimentos funcionales*. Recuperado de:
https://books.google.co.cr/books?hl=es&lr=&id=hfQMXBliydgC&oi=fnd&pg=PA13&dq=habitos+alimentarios+saludables&ots=_W6btqlfQA&sig=ITZML8Citb9XsFy-vDUslm3jO2A&redir_esc=y#v=onepage&q=habitos%20alimentarios%20saludables&f=false

Campo, M. (2011). Hábitos alimentarios de la población adolescente autóctona e inmigrante en España. Universidad de Cantabria. Recuperado de: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/524/Campo%20Bri z%20M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cantalicio, G. Vílchez, M.A. (2014). Determinantes de la salud en mujeres adultas maduras obesas, de un sector de Chimbote, Perú. *Revista In Crescendo*, 1 (2), 299-309.

Castro, E. García, G. Badillo, E. (2011). La participación laboral de la mujer casada y su cónyuge en Colombia: U enfoque de decisiones relacionadas. *Lecturas de Economía* 74, 171-201. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/le/n74/n74a7.pdf>

Chescheir, N. (2011). Obesidad en el mundo y su efecto en la salud de la mujer. *Obstetrics & Gynecology*. 117. 1213-1222. Doi: 10.1097/AOG.0b013e3182161732

Chung, K. Shin, K. Yoon, J. Choi, K. (2011). Study on the obesity and nutrition status of housewives in Seoul and Kyunggi área. *Nutrition Research and Practice*, 5 (2), 140-149. Doi: 10.4162/nrp.2011.5.2.140

Condello, G. Capranica, L. Stager, J. Forte, R. Falbo, S. Baldassarre, A. Segura, C. Pesce, C. (2016). Physical Activity and Health Perception in Aging: Do Body

Mass and Satisfaction Matter? A Three-Path Mediated Link. *PLoS One*, 11(9), 1-16. doi:10.1371/journal.pone.0160805

De la Paz, E. (2010). Nuevas tendencias en el mundo empresarial, la participación de las mujeres. *La ventana: Revista de estudios de género*. 4(32), 52-79.

Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362010000200004

Díaz, C. (2014). Hábitos alimentarios de los españoles. Cambios en la manera de vivir, comprar y comer. *Distribución y Consumo*, 5, 20-29. Recuperado de:

http://www.mercasa.es/files/multimedios/1418837376_Habitos_alimentarios_de_los_espanioles.pdf

Dongo, D. Abanto, J. Gómez, G. Tarqui, C. (2012). Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud*

Publica, 303-313. Recuperado de:

<http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v29n3/a03v29n3.pdf>

Flegal, K. Carroll, M. Ogden, C. Curtin, L. (2010). Prevalence and Trends in Obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA*, 303(3). doi:10.1001/jama.2009.2014.

Gil, A. (2010). *Tratado de Nutrición. Nutrición humana en el estado de salud.*

Recuperado de: 16/05/16.

https://books.google.co.cr/books?id=tplBEwpGttMC&pg=PA466&dq=habitos+alimentarios+y+disponibilidad+de+alimentos&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=habitos%20alimentarios%20y%20disponibilidad%20de%20alimentos&f=false

Girdhar, S. Sharma, S. Chaudhary, A. Satija, M. (2016). An Epidemiological Study of Overweight and Obesity Among Women in an Urban Area of North India.

Indian J Community Med, 41 (2), 154-157. Doi: 10.4103/0970-0218.173492.

Goday, A. Calvo, E. Sánchez, M.A, Gelpi, J.A. Sainz, J.C. Santamaría, S. Navarro, R.... Reviriegof, J. (2013). Alta prevalencia de obesidad en una población laboral en España. *Endocrinología y Nutrición*. 60(4), 173-178.

Gómez, L. Jiménez, A. Bacardí, M. (2013). Estudios aleatorizados sobre el efecto del consumo de bebidas azucaradas sobre la adiposidad en adolescentes y adultos; revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 28 (6), 1792-1796.
Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n6/04revision03.pdf>

Hadgraft, N. Lynch, B. Clark, B. Healy, G. Owen, N. Dunstan, D. (2015). Excessive sitting at work and at home: Correlates of occupational sitting and TV viewing time in working adults. *BMC Public Health*, 15, 899. Doi: 10.1186/s12889-015-2243-y

Holmboe, G. Wandel, M. (2012). Changes in dietary habits and consequences for health: A focus on south asians in Europe. *Food and Nutrition Research*, 12. <http://dx.doi.org/10.3402/fnr.v56i0.18891>.

Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. (2013). Metodología de la investigación. 5ta. Ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. de C. V.

INAMU. (2015). Segundo Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica. Recuperado de: <http://www.inamu.go.cr/documents/10179/275546/INAMU+Segundo+Estado+de+los+Derechos+de+las+Mujeres+en+CR.pdf/1c7e2cf5-3288-422d-9d84-e8671e056340>

INEC. (2011). Población total por zona y sexo, según provincia y edad simple. Obtenido de: <http://www.inec.go.cr/censos/censos-2011>

INEC. (2015). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2014. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/regular/es/enigh/enigh2014/tradicional/doc/resultados_enigh14.pdf

INCAP, (2006). Manual de instrumentos de evaluación dietética. Recuperado de:
http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones/doc_view/77-manual-de-instrumentos-de-evaluacion-dietetica

Jovicic, A. (2015). Healthy eating habits among the population of Serbia: Gender and Age Differences. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 33(1), 76-84. Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4438651/pdf/jhpn0033-0076.pdf>

Kang, H. Lee, H. Lee, Y. Linton, J. Shim, J. (2013). Relationship between employment status and obesity in a Korean elderly population, based on the 2007-2009 Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(1), 54-59. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2013.02.004>

Kim, B. Lee, B. Park, H. Kim, Y. Suh, Y. Kim, J. Shin, J. Ha, E. (2016). Long working hours and overweight and obesity in working adults. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 28 (1), 36. Doi: 10.1186/s40557-016-0110-7

Leiva, T. Basfi, K. Rojas, P. Carrasco, F. Ruz, M. (2016). Efecto del fraccionamiento de la dieta y cantidad de hidratos de carbono en el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, sin terapia con

insulina. *Revista Médica de Chile*, 144, 1247-1253. Recuperado de:
<http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/4846/2481>

Leija, G. Aguilera, V. Lara, E. Rodríguez, J.D. Trejo, J. López, M.R. (2011). Diferencias en la modificación de hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad entre dos distintos tratamientos en mujeres adultas. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 1 (2), 19-28. Recuperado de:
<http://revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/20964/23505>

Lindvall, K. Jenkins, P. Scribani, M. Emmelin, M. Larsson, C. Norberg, M. Winehall, M. (2015). Comparisons of weight change, eating habits and physical activity between women in Northern Sweden and Rural New York States results from a longitudinal study. *Nutrition Journal*, 14 (88). doi: 10.1186/s12937-015-0078-0

Ministerio de Salud. (2001). Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/enconali.pdf>

Ministerio de Salud. (2009). Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009. Acceso: 17/05/16. Recuperado de:
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/material-publicado/descargas/investigaciones/encuestas-de-salud/encuestas-de->

nutricion/2731-encuesta-nacional-de-nutricion-2008-2009-fasciculo-1-
antropometria/file

Ministerio de Salud. (2011). *Guías Alimentarias para Costa Rica*. Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias para Costa Rica . San José, Costa Rica: CIGA. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/guia_alimentarias_2011_completo.pdf

Ministerio de Salud. (2014). *Análisis de situación de Salud en Costa Rica*. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>

Ministerio de Educación Pública. (2012). Hábitos alimentarios saludables. Recuperado de: <http://www.mep.go.cr/noticias/habitos-alimentarios-saludables>

Ministerio de Educación. (2000). *Nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios*. Recuperado de: https://books.google.co.cr/books?id=ECsfAgAAQBAJ&pg=PA2&dq=origen+de+los+habitos+alimentarios&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=origen%20de%20los%20habitos%20alimentarios&f=false

- Monsivais, P. Martin, A. Suhrcke, M. Forouhi, N. Wareham, N. (2015). Job-loss and weight gain in British adults: Evidence from two longitudinal studies. *Social Science & Medicine*, 143, 223-231. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.08.052
- Moral, J. Meza. C. (2013). Atribución Causal de Sobrepeso/Obesidad y su Relación con el IMC y Alteración Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Aliementarios*. 4 (2), 89-101. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v4n2/v4n2a3.pdf>
- Morales, M. Méndez, I. Shamah, T. Valderrama, Z. Melgar, H. (2014). La inseguridad alimentaria está asociada con la obesidad de mujeres adultas en México. *Salud Pública de México*. 56 (1), 54-61. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56s1/v56s1a9.pdf>
- Muntaner, C., Rocha, K., Borrell, C., Vallebuona, C., Ibáñez, C., Benach, J., & Sollar, O. (2012). Clase social y salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública* , 166-175.
- Musaiger, A. (2011). Overweight and Obesity in Eastern Mediterranean Region: Prevalence and Possible Causes. *Journal of Obesity*, 1-17.
- Navadeh, S. Sajadi, L. Mirzazadeh, A. Haghazali, M. (2011). Housewives' Obesity Determinant Factors in Iran; National Survey - Stepwise Approach to

Surveillance. *Iranian J Public Health*, 40 (2), 87-95. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3481779/pdf/ijph-40-87.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2011). Nutrición de las mujeres en el periodo pregestacional, durante el embarazo y durante la lactancia. Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/26446/1/B130_11-sp.pdf?ua=1

Organización Mundial de Salud. (2015). Obesidad y sobrepeso: nota descriptiva 311. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Pou, S. Niclis, C. Aballay, L. Tumas, N. Román, M. Muñoz, S. . . . Díaz, M. (2014). Cáncer y su asociación con patrones alimentarios en Córdoba (Argentina). *Nutrición Hospitalaria*, 618-628. Recuperado de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v29n3/22originalcancer01.pdf>

Rathnayake, K. Roopasingam, T. Dibley, M. (2014). High carbohydrate diet and physical inactivity associated with central obesity among premenopausal housewives in Sri Lanka. *BMC Research Notes*, 7 (564). Recuperado de:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4148929/pdf/13104_2014_Article_3086.pdf

Reséndiz, A. Hernández, S. Sierra, M. Torres, M. (2015). Eating habits of patients with severe obesity. *Nutrit. Hosp.* 31(2), 672-681. doi:
:10.3305/nh.2015.31.2.7692

- Reyna, N. Moreno, R. Mendoza, L. Urdaneta, A. Artigas, C. Reyna, E. Cámara, F. (2015). La merienda con elevada proteína de lactosuero mejora el nivel de saciedad y disminuye el apetito en mujeres sanas. *Nutrición Hospitalaria*, 32 (4), 1624-1628. Doi:10.3305/nh.2015.32.4.9405
- Richardson, A. Arsenault, J. Cates, S. Muth, M. (2015). Perceived stress, unhealthy eating behaviors and severe obesity in low-income women. *Nutrition Journal*, 14(122). Doi 10.1186/s12937-015-0110-4
- Rodríguez, C. Muñoz, J. (2015). Participación laboral de las mujeres rurales chilenas: tendencias, perfiles y factores predictores. *Cuadernos de Desarrollo Rural*, 12 (75), 77-98. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cudr/v12n75/v12n75a04.pdf>
- Ros, E. Miranda, J. Pico, C. Rubio, M. Babio, N. Sala, A....Salas, J. (2015). Consenso sobre las grasas y aceites en la alimentación de la población española adulta; postura de la Federación Española de Sociedades de Alimentación, Nutrición y Dietética (FESNAD). *Nutrición Hospitalaria* 32 (2), 435-477. Recuperado de: http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/viewFile/9202/pdf_8245
- Rossi, M. Oliva, M. Squillace, C. Belén, L. Alorda, M. Maffei, M. Torresani, M (2015). Body weight gain after menopause and food intake pattern in a

cohort of women of the city of Buenos Aires. *Actualización en Nutrición*, 16 (2), 41-50. Recuperado de: http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_16/num_2/RSAN_16_2_41.pdf

Sánchez, M. Hernández, J. (2016). Efecto de una intervención educativa sobre valores antropométricos y hábitos de actividad física de familias costarricenses de la región central en el año 2012. *Revista Educación* 40 (1), 19-38. Recuperado de: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/edu/v40n1/2215-2644-edu-40-01-00019.pdf>

Vásquez, C. De Cos, A. López, C. (2005). Alimentación y Nutrición. Manual Teórico-Práctico. Recuperado de: 16/05/16. https://books.google.co.cr/books?id=F-xV6Rul96kC&pg=PA309&dq=que+son+habitos+alimenticios&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=que%20son%20habitos%20alimenticios&f=false

Vidal, M. Díaz, D. Jiménez, C. Quejigo, J. (2012). Modificación de ciertas actitudes frente a la alimentación en estudiantes de enfermería tras cursar la asignatura de nutrición y dietética. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 32 (1), 49-58. Recuperado de: http://www.nutricion.org/publicaciones/revista_2012_01/MODIFICACION.pdf

Villacis, C. Zazpe, I. Santiago, S. De la Fuente, C. Bes-Rastrollo, M. Martínez, M. (2015). Frecuencia de comidas fuera de casa y calidad de hidratos de carbono y de grasas en el Proyecto SUN. *Nutrición Hospitalaria* 31 (1), 466-474. Recuperado de: http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/8153/pdf_7742

Won, J. Kim, J. Park, J. Hwan, I. Dae, Y. Age and gender differential relationship between employment status and body mass index among middle-aged and elderly adults: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 6. Doi:10.1136/bmjopen-2016-012117

Zabludovsky, G. (2001). Participación empresarial de las mujeres en México. *El género en la economía* 32. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362010000200004

Zhao, Q. Kulane, A. Gao, Y. Xu, B. (2009). Knowledge and attitude on maternal health care among rural-to-urban migrant women in Shanghai, China. *Bio Med Central* 9(5). Doi: 10.1186/1472-6874-9-5.

Ziraba, A. Fotso, J. Ochako, R. (2009). Overweight and obesity in urban Africa: A problem of the rich or the poor? *Bio Med Central* 9(465). Doi: 10.1186/1471-2458-9-465

ANEXOS

Anexo 1. Abreviaturas

OMS: Organización Mundial de Salud

DM: Diabetes Mellitus

IMC: Índice de Masa Corporal

INAMU: Instituto Nacional de la Mujer

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

ENIGH: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares

MEP: Ministerio de Educación Pública

Kg: kilogramos

Kcal: kilocalorías

Cms: centímetros

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

ECNT: Enfermedades Crónicas no Transmisibles

PAS: Perdonados para Amar y Servir

INCAP: Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá

AADYND: Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietéticos

AGS: Ácidos grasos saturados

AGM: Ácidos grasos monoinsaturados

AGP: Ácidos grasos poliinsaturados

Anexo 2. Declaración Jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo Daniela Rojas Córdoba, cédula de identidad número 1-11475-0729, en condición de egresada de la carrera de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, y advertida de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y perjuicio, declaro bajo la fe de este juramento, que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura en Nutrición, titulado "Estado nutricional de mujeres adultas amas de casa y trabajadoras remuneradas en relación con sus hábitos alimentarios en el área urbana de San José en el año 2016" 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 la que se establece "*Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre y cuando éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial que redunde en perjuicio del autor de la obra original*". Así mismo, 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 Aranjuez, San José el 18 de enero del 2017.



Daniela Rojas Córdoba

1-1475-0729

Anexo 3. Carta del tutor

CARTA DEL TUTOR

San José 21 de Febrero de 2017

**Departamento de Registro
Carrera Nutrición
Universidad Hispanoamericana**

Estimado señor:


El estudiante Daniela Rojas Córdoba, cédula de identidad número 1-1475-0729, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **ESTADO NUTRICIONAL DE MUJERES ADULTAS AMAS DE CASA Y TRABAJADORAS REMUNERADAS EN RELACIÓN CON SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EL ÁREA URBANA DE SAN JOSÉ EN EL AÑO 2016**", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de licenciatura en Nutrición. En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

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

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	9
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	15
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	24
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	16
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18
	TOTAL		82

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

Atentamente,


**Nombre Fabián Núñez Flores
Cédula identidad Numero 1-1257-0911
Carné Colegio Profesional CPN 528-10**

Anexo 4. Carta del lector

San José, 17 de marzo de 2017

Señores

Comisión de Revisión de Tesis

Universidad Hispanoamericana

S.D.

Estimados Señores:

Por este medio hago constar, en mi calidad de lector de la carrera de Nutrición, que he revisado en forma detallada el documento bajo el formato Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición de la estudiante Daniela Rojas Córdoba, cédula de identidad 1 1257 0911, titulado "ESTADO NUTRICIONAL DE MUJERES ADULTAS AMAS DE CASA Y TRABAJADORAS REMUNERADAS EN RELACIÓN CON SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EL ÁREA URBANA DE SAN JOSÉ EN EL AÑO 2016"

El documento cuenta con las características y condiciones de una modalidad de graduación, razón por la cual lo doy por aprobado, dando el visto bueno para continuar con las siguientes fases

Atentamente



Lector

Dr. Víctor Rodríguez Arias

Nutricionista

Anexo 5. Carta del filólogo



EDUCATESIS, hace constar que se realizó la revisión del presente trabajo, se analizó la construcción de párrafos, vicios del lenguaje, ortografía, puntuación y otros relacionados a la Corrección de Estilo, sin alterar la intencionalidad del autor y el enfoque del tema. Por lo tanto, **CERTIFICA**, la revisión y corrección de la tesis para optar por el Grado Académico de:

LICENCIATURA EN NUTRICIÓN
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

Tema:

ESTADO NUTRICIONAL DE MUJERES ADULTAS AMAS DE CASA Y TRABAJADORAS
REMUNERADAS EN RELACIÓN CON SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EL ÁREA URBANA
DE SAN JOSÉ EN EL AÑO 2016.

Elaborado por: ***Daniela Rojas Córdoba.***

Se extiende la presente en San José, 20 de marzo del 2017.

Atentamente:

LICDA. JACQUELINE E. RÍOS A.
COORDINADORA GENERAL DE FILÓLOGOS
EDUCATESIS
C/616

educatesis@hotmail.com
8762-2302

Anexo 6. Consentimiento Informado

Universidad Hispanoamericana - Escuela de Nutrición Consentimiento informado

Título de la investigación: Estado nutricional de mujeres adultas amas de casa y trabajadoras remuneradas en relación con sus hábitos alimentarios en el área urbana de San José en el año 2016.

Investigadora principal: Daniela Rojas Córdoba

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

Esta investigación está siendo realizada por la estudiante Daniela Rojas Córdoba perteneciente a la Universidad Hispanoamericana, con el propósito de realizar una comparación entre el estado nutricional de dos grupos de mujeres según sus hábitos alimentarios, con el fin de mejorar las prácticas alimentarias de las mujeres que así lo necesiten. La investigación durará 7 meses, sin embargo el tiempo de participación de las personas de la investigación es de unos cuantos minutos.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?

Se le medirá a cada mujer el peso en una balanza y la talla con un tallímetro. Y además de eso cada persona llenará 3 cuestionarios distintos. Para la toma del peso y la talla la persona debe quitarse los zapatos y cualquier objeto en su cabeza como moños, colas altas, prensas, etc. El tiempo aproximado para la participación de cada mujer es de 10 minutos.

Para poder participar en la investigación debe ser una mujer mayor de 18 años y menor de 62 años, que haya firmado este consentimiento informado, que no presente alguna enfermedad, ni que esté embarazada o sea una atleta de alto rendimiento.

Si decide formar parte de la investigación, se utilizarán sus datos de forma anónima para realizar el análisis necesarios.

C. RIESGOS:

La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por la cantidad de tiempo que pueda demandarle llenar los cuestionarios, además de algunos riesgos para la salud mental como la pérdida de la privacidad, o la incomodidad por la toma de mediciones como el peso. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la investigación, la investigadora participante realizará una referencia profesional apropiada para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

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 acción de los hábitos alimentarios en el estado nutricional de las mujeres que tienen distintas rutinas de vida, y este conocimiento podrá beneficiar a otras mujeres en el futuro.

E. Antes de dar su autorización para este estudio, usted debe haber hablado con la investigadora Daniela Rojas Córdoba quién debió haber contestado de forma

satisfactoria todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a la investigadora al número 88643701. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Universidad Hispanoamericana al 22568197 de lunes a viernes de 8am a 5pm.

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

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

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

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

CONSENTIMIENTO

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

Nombre, cédula y firma del sujeto	Fecha
<hr/>	
Nombre, cédula y firma del testigo	Fecha
<hr/>	
Nombre, cédula y firma del investigador que solicita el consentimiento	Fecha
<hr/>	

Anexo 7. Hoja de Recolección de Datos para colaboradores

Hoja de Recolección de Datos

Por favor marque con una equis la casilla a la cual corresponde su respuesta.

Datos Personales

1. Edad (en años cumplidos): _____
2. Estado civil:

Soltera	_____	Unida	_____
Casada	_____	Viuda o separada	_____
Divorciada	_____		
3. ¿Trabaja actualmente? Sí _____ No _____
4. Lugar de trabajo: _____

Datos Sociodemográficos

1. Nivel educativo

Primaria completa	_____	Secundaria incompleta	_____
Primaria incompleta	_____	Técnico	_____
Secundaria completa	_____	Universidad	_____
2. Ingresos

Sin ingresos	_____	300-490 mil al mes	_____
<de 99 mil al mes	_____	500-700 mil al mes	_____
100-290 mil al mes	_____	>de 700 mil al mes	_____

Datos Antropométricos

1. Peso: _____
2. Talla: _____
3. IMC: _____

Anexo 8. Indicador Dietético

Indicador Dietético

¿Cuántas comidas hace al día? _____

	Comidas Fuera de Casa
Entre semana	
Fin de semana	

¿Quién prepara sus alimentos? _____

¿Come entre comidas? _____ ¿Qué? _____

¿Ha modificado su alimentación en los últimos 6 meses?

SI _____ NO _____ Porqué _____ Cómo _____

Apetito:

Bueno _____ Malo _____ Regular: _____

Toma algún suplemento/complemento: SI _____ NO _____

¿Agrega sal a la comida ya preparada? SI _____ NO _____

¿Cuál grasa utilizan en casa para preparar su comida?

Margarina _____ Aceite vegetal _____ Manteca _____ Mantequilla _____ Otro: _____

Vasos de agua al día: _____

Vasos de bebidas al día (café, jugos, leche, etc): _____

