

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

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

**ESTILO DE VIDA DE LAS PERSONAS DE
20 A 64 AÑOS DE EDAD EN RELACIÓN
CON LA PREVALENCIA DEL
SOBREPESO Y LA OBESIDAD;
DISTRITOS DE SANTIAGO Y SANTA
ANA, COSTA RICA,
II CUATRIMESTRE 2019**

**SHASLING DANYSSA
CARRANZA MORENO**

2020

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	6
RESUMEN	10
ABSTRACT	12
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1.1 Antecedentes del problema	15
1.1.1.1 Antecedentes a nivel internacional	15
1.1.1.2 Antecedentes a nivel nacional	20
1.1.2 Delimitación del problema	26
1.1.3 Justificación.....	27
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	29
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	30
1.3.1 Objetivo general	30
1.3.2 Objetivos específicos.....	30
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	30
1.4.1 Alcances de la investigación	30
1.4.2 Limitaciones de la investigación	31
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	32
2.1 CONTEXTO TEÓRICO- CONCEPTUAL.....	33
2.1.1 Estilos de vida	33
Concepto.....	33
A) La alimentación	33
B) La higiene personal.....	35
C) El ocio.....	37
D) Relaciones sociales	38
E) Mecanismos de afrontamiento social	38
Tipos de estilos de vida	40
A) Estilos de vida saludables	40
B) Estilos de vida poco saludables	41
Sobrepeso y obesidad	41

A) Concepto.....	41
B) Clasificación	41
C) Porcentaje de grasa corporal.....	42
D) Índice de masa corporal (IMC)	42
E) Etiología.....	43
F) Factores de riesgo de morbimortalidad.....	45
F.1) Factores de riesgo absolutos.....	45
F.2) Factores de riesgo relativos	46
F.3) Factores de riesgo cardiovasculares	46
G) Signos y síntomas.....	47
H) Diagnóstico.....	47
I) Tratamiento	48
J) Complicaciones	49
K) Prevención.....	50
2.2 MODELOS Y TEORÍAS	51
2.2.1 Modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender	51
2.2.2 Metaparadigmas	51
2.2.3 Modelo de promoción de la salud (MPS).....	52
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	56
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	57
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	57
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	57
3.3.1 Población.....	57
3.3.2 Muestra.....	58
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	58
3.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	58
3.4.1 Validez del cuestionario	59
3.4.2 Confiabilidad del cuestionario	59
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	60
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	61
3.7 PLAN PILOTO.....	65
3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	66
3.9 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.....	66

3.10 ANÁLISIS DE LOS DATOS	66
CAPITULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	67
4.1 GENERALIDADES	68
CAPITULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	97
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS	98
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	112
6.1 CONCLUSIONES	113
6.2 RECOMENDACIONES	115
6.2.1 Recomendaciones para las comunidades	115
6.2.2 Recomendaciones para el personal de Enfermería.....	116
BIBLIOGRAFÍA	117
ANEXOS	125
ANEXO #1 CLASIFICACIÓN DEL IMC	125
ANEXO #2 INSTRUMENTO	126
ANEXO #3 PLAN PILOTO	142
ANEXO #4 DECLARACIÓN JURADA	167
ANEXO #5 CARTA TUTORA	168
ANEXO #6 CARTA LECTORA	169
ANEXO #7 CARTA FILÓLOGA	170
ANEXO #8 CARTA VISTO BUENO TUTORA	171
ANEXO #9 CARTA AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN	172

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla N° 1 Distribución porcentual de la población según tiempos de comida, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019.</i>	80
<i>Tabla N° 2 Distribución porcentual de la población según método de cocción, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019.</i>	80
<i>Tabla N° 3 Distribución porcentual de la población según tipo de actividad física, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019.</i>	85
<i>Tabla N° 4 Distribución porcentual de la población según actividades recreativas, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019.</i>	87
<i>Tabla N° 5 Distribución porcentual de la población según antecedentes familiares de sobrepeso u obesidad, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019.</i>	93
<i>Tabla N° 6 Distribución porcentual de la población según antecedentes personales, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019.</i>	94
<i>Tabla N° 7 Distribución porcentual de la población según manifestaciones clínicas en los últimos 6 meses, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019.</i>	94

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura N° 1 Distribución porcentual de la población según sexo, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.....</i>	<i>69</i>
<i>Figura N° 2 Distribución porcentual de la población según grupo de edad, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.....</i>	<i>69</i>
<i>Figura N° 3 Distribución porcentual de la población según nacionalidad, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.....</i>	<i>70</i>
<i>Figura N° 4 Distribución porcentual de la población según estado civil, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	<i>70</i>
<i>Figura N° 5 Distribución porcentual de la población según cantidad de personas por hogar, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	<i>71</i>
<i>Figura N° 6 Distribución porcentual de la población según composición por hogar, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	<i>71</i>
<i>Figura N° 7 Distribución porcentual de la población según principal sostén socioeconómico, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	<i>72</i>
<i>Figura N° 8 Distribución porcentual de la población según ingreso económico, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	<i>72</i>
<i>Figura N° 9 Distribución porcentual de la población según grado académico, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	<i>73</i>
<i>Figura N° 10 Distribución porcentual de la población según condición laboral, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	<i>74</i>
<i>Figura N° 11 Distribución porcentual de la población según jornada laboral, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	<i>74</i>

<i>Figura N° 12 Distribución porcentual de la población según frecuencia de consumo de lácteos, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	75
<i>Figura N° 13 Distribución porcentual de la población según frecuencia de consumo de frutas, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	76
<i>Figura N° 14 Distribución porcentual de la población según frecuencia de consumo de vegetales y verduras, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	77
<i>Figura N° 15 Distribución porcentual de la población según frecuencia de consumo de embutidos, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	78
<i>Figura N° 16 Distribución porcentual de la población según frecuencia de consumo de mariscos, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	79
<i>Figura N° 17 Distribución porcentual de la población según cantidad de tiempos de comida, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	79
<i>Figura N° 18 Distribución porcentual de la población según tipo de grasa más utilizado, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	81
<i>Figura N° 19 Distribución porcentual de la población según adición de sal, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	82
<i>Figura N° 20 Distribución porcentual de la población según cantidad de calorías, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	82
<i>Figura N° 21 Distribución porcentual de la población según cantidad de horas sueño, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	83
<i>Figura N° 22 Distribución porcentual de la población según buen descanso, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	83

<i>Figura N° 23 Distribución porcentual de la población según razones por las que no se tiene un buen descanso, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	84
<i>Figura N° 24 Distribución porcentual de la población según actividad física, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	84
<i>Figura N° 25 Distribución porcentual de la población según motivo por el que no se realiza actividad física, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	85
<i>Figura N° 26 Distribución porcentual de la población según duración de actividad física, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	86
<i>Figura N° 27 Distribución porcentual de la población según frecuencia semanal de actividad física, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	87
<i>Figura N° 28 Distribución porcentual de la población según consumo de alcohol, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	88
<i>Figura N° 29 Distribución porcentual de la población según frecuencia de consumo de alcohol, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	88
<i>Figura N° 30 Distribución porcentual de la población según cantidad de bebidas alcohólicas ingeridas, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	89
<i>Figura N° 31 Distribución porcentual de la población según consumo de tabaco, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	89
<i>Figura N° 32 Distribución porcentual de la población según frecuencia de fumado, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	90
<i>Figura N° 33 Distribución porcentual de la población según cantidad de cigarrillos, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	90

<i>Figura N° 34 Distribución porcentual de la población según adecuada relación familiar, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	91
<i>Figura N° 35 Distribución porcentual de la población según calificación de relaciones interpersonales, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	91
<i>Figura N° 36 Distribución porcentual de la población según adecuadas relaciones laborales, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	92
<i>Figura N° 37 Distribución porcentual de la población según manera de afrontar un problema, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	92
<i>Figura N° 38 Distribución porcentual de la población según buen estado de salud actual, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	95
<i>Figura N° 39 Distribución porcentual de la población según cambios de hábito, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	96
<i>Figura N° 40 Distribución porcentual de la población según condición de salud, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.</i>	96
<i>Figura N° 41 Clasificación del Índice de masa corporal.</i>	125

RESUMEN

Introducción: el sobrepeso y la obesidad van en aumento, por lo que son declaradas pandemia mundial. Los distritos se seleccionan por lo dicho en el Índice de Progreso Social, Palmares tiene el porcentaje de obesidad más alto a nivel nacional mientras Santa Ana tiene 0%. **Objetivo general:** Determinar el estilo de vida de las personas de 20 a 64 años en relación con la prevalencia del sobrepeso y la obesidad; distritos de Santiago y Santa Ana, Costa Rica, II Cuatrimestre 2019. **Metodología:** estudio cuantitativo, descriptivo, con muestreo no probabilístico de tamaño fijo, aplicado en Santiago, Palmares, provincia Alajuela y Santa Ana, provincia San José, a 120 personas por sector, con un total de 240 sujetos de ambos sexos y en edades de los 20 a 64 años. Los datos se obtienen por medio de un cuestionario dividido en tres secciones: aspectos sociodemográficos, estilos de vida y prevalencia de sobrepeso u obesidad. **Resultados:** el 33% en Santiago consume embutidos más de tres días a la semana, en Santa Ana el 45% ocasionalmente, la gran mayoría realiza tres tiempos de comida, el 78% prefiere cocción frita y el 68% hervida, el 73% y 86% no toma en cuenta cantidad de calorías que consume. La inactividad en Santiago 59% y Santa Ana 31%. La recreación familiar es lo más frecuente con un 65% y 63%, para el consumo de alcohol y tabaco se tiene un 45% y 13% en Santiago y 43% y 4% en Santa Ana. En ambos sectores el intervalo normal representa el 32%, sobrepeso el 40% y obesidad tipo II el 7%. **Discusión:** La ingesta de embutidos y mariscos no se da con una frecuencia adecuada, predomina el método frito y hervido y no se toma en cuenta la cantidad de calorías consumidas. Además, la inactividad destaca en Santiago, a pesar de que ambos dicen no realizar actividad física por falta de tiempo y pereza, la duración máxima es de una hora, con una frecuencia semanal de dos a tres veces. El consumo de alcohol y tabaco se da en las dos localidades, encabezado por Santiago. La frecuencia de consumo de alcohol es una vez por

semana, con 2 a 4 bebidas alcohólicas y para el tabaco es diaria. La problemática se visualiza en el primer y tercer grado de consanguinidad, la hipertensión, diabetes, colesterol y triglicéridos son las más frecuentes, Santa Ana experimenta menos síntomas, pero en ambas se ve el exceso de grasa en cintura y dolor de espalda. IMC con igualdad de porcentajes para el intervalo normal, sobrepeso y obesidad tipo II. **Conclusiones:** los estilos de vida en ambos distritos favorecen la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, detectado en el grupo de los 20 a 24 y 60 a 64 años, quienes presentan igualdad de porcentaje en sobrepeso y obesidad tipo II. A pesar de ello, se confirma que Santiago es el más afectado. **Palabras claves:** estilos de vida, obesidad, sobrepeso, IMC, alimentación, prevalencia, ECNT.

ABSTRACT

Introduction: Overweight is rising, reason why it has been declared a pandemic. Districts are selected by what is stated on the Index of Social Progress, you can compare Palmares which has the highest overweight index nationwide while Santa Ana has a 0%. **Objective:** Determine the correlation between the lifestyle of people on the age of 20 to 64 years old and the prevalence of overweight and obesity in Santiago and Santa Ana districts, Costa Rica, II quarter of 2019.

Methodology: Quantitative study, descriptive, with a prefixed and no probabilistic sample; applied on Santiago, Palmares, and Santa Ana. Applied to 120 subjects per sector, with a total of 240 subjects of both genders and with ages of 20 to 64 years old. The data is obtained by applying a simple test consisting in regular questions, divided in three sections: Social-demographic aspects, lifestyles and prevalence of overweight and obesity. **Results:** 33% of the subjects questioned in Santiago affirm that they ingest charcuterie at least 3 times per week. In Santa Ana, 45% of the questioned subjects has three meals times per day; 78% prefers fried cook style and 68% prefers boiled cook style. 73% and 86% of each sector respectively do not take into account the calories they ingest. Inactivity has a 59% rate at Santiago, whilst the rate in Santa Ana drops to 31%. Family recreation is the most frequent with a 65% and 63% respectively for the zones. For the consumptions of alcohol and Tabaco the rates are 45% and 13% on Santiago; in Santa Ana 43% and 4% respectively. In both sectors the normal interval represents 32%, overweight 40% and obesity type II 7%. **Discussion:** The consumption of charcuterie and seafood has a high frequency, fried and boiled cook style is the method that predominates, there is no awareness of the ingested calories. Besides, inactivity outstands in Santiago; although both sector responses claim not committing to physical activity due to lack

of time or simple sloth, the maximum duration of these activities is one hour, with a weekly frequency of two to three times per week. Alcohol consumption and Tabaco happens in both localities, with Santiago heading the list. Alcohol consumption frequency is once per week, with 2 to 4 beverages; Tabaco consumption is dialy. This problem can be seen in the first and third degree of consanguinity; hypertension, diabetes, cholesterol and Triglycerides are the more frequent ones. Santa Ana experiences less symptoms, but in both localities the excess of fat in waist is visible and there are several cases of back pains. BMI with equal percentages for the normal interval, overweight and obesity type II. **Conclusion:** Lifestyles in both districts favor the prevalence of overweight and obesity, detected on the groups of 20 to 24 and 60 to 64 years old, those who present equal percentage of overweight and obesity type II. Regardless of this, one can confirm that Santiago is the one more affected by these rates. **Keywords:** Lifestyles, obesity, overweight, BMI, feeding, prevalence, NCD.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

El sobrepeso y la obesidad es un tema estudiado tanto en el ámbito nacional como internacional, por lo tanto, es fundamental conocer aspectos relevantes sobre dicha situación, ver qué se conoce del tema y cuáles son las conclusiones a las que han llegado cada uno de los autores.

1.1.1.1 Antecedentes a nivel internacional

Navarro, Meléndez y Aguilera ¹ elaboran un artículo en el año 2015, denominado “Prevalencia de obesidad en adultos, Utila, Islas de la Bahía, Honduras”, según lo mencionan los autores, su objetivo es identificar la prevalencia de obesidad en adultos mayores de 18 años en Utila.

La investigación se basa en un estudio tipo transversal analítico, la cual tiene una muestra aleatoria de 111 personas, a los que se les aplica una encuesta en forma de entrevista como técnica de recolección de datos, en ella se les consulta el peso, talla, patrón de actividad física, antecedente de obesidad en primer grado de consanguinidad, patrón de ingesta de frutas y verduras y las comorbilidades asociadas.

Los resultados muestran que el sobrepeso representa un 37,84% y la obesidad 38,74%, lo que equivale a un 76,58% entre ambas condiciones. Con respecto a esta última, el 40,91% le pertenece al sexo masculino y el 37,52% al femenino, predominando las edades entre los 40 a 49 años con un 71,42%. Es importante mencionar, que el grupo entre los 18 a 19 años es el que tiene menos porcentaje de ello. En cuanto al sobrepeso, las mujeres representan el 38,81% y los hombres el 36,36%. Se observa un predominio del sedentarismo en el 48,14% de la población afectada¹.

Naguce, Ceballo y Álvarez ² ejecutan un artículo en el año 2015, nombrado “Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de salud de la Clínica de Medicina Familiar Casa Blanca del ISSSTE”, donde el objetivo es determinar la prevalencia de estas dos condiciones en el personal de salud de dicha clínica.

La investigación se basa en un estudio prospectivo, transversal, descriptivo. Cuya población está conformada por 68 trabajadores, en el periodo del mes de mayo a noviembre del año 2014. La técnica aplicada es un instrumento de recolección de datos con el cual se consulta la edad, sexo, grado de estudios, medidas antropométricas (peso, talla, circunferencia abdominal), turno, enfermedades asociadas, ingesta de medicamentos, jornada laboral, antigüedad laboral y puesto que desempeña.

Los resultados reflejan que el grupo que predomina en el estudio, es el que se encuentra entre los 40 a 49 años, con un 29%, siendo mayor en las mujeres con un 62%. El 43% de ellas se ven afectadas por el sobrepeso y en los hombres, con un 36% predomina la obesidad grado I. En general, el 38% del personal entrevistado presenta sobrepeso, donde los más perjudicados son las personas entre los 20 a los 59 años, a partir de los 60 años y más, predomina la obesidad grado I ².

Sarabia, Can y Guerrero ³ realizan un estudio en el año 2016, titulado “Prevalencia de obesidad exógena en hombres y mujeres de 20 a 45 años de edad en la Comunidad de Alfredo V. Bonfil durante el periodo del 1 de enero al 30 de octubre del 2014”, cuyo objetivo es determinar la prevalencia de obesidad exógena en hombres y mujeres de 20 a 45 años en dicha comunidad.

La población está conformada por 150 personas, los cuales están divididos de manera equitativa, es decir; la investigación cuenta con 75 hombres y 75 mujeres. Los autores utilizan diversos

métodos convencionales establecidos, para obtener todos aquellos datos que son necesarios para el análisis de la misma y de esta forma obtener el Índice de Masa Corporal, el Perímetro de Cintura y el Índice de Cintura-Cadera.

Los resultados proyectan que la prevalencia de sobrepeso es de 27,33%, siendo mayor en los varones con un 29,33%, mientras que en las mujeres es de 25,33%. La prevalencia de la obesidad es de 43,33%, en este caso se da mayoritariamente en el sexo femenino con un 49,33%, en lo cual su contraparte tiene un 37,33%. Con esto se descubre que el 70,67% del total de la población presenta un peso excesivo, distribuyéndose en 66,66% para ellos y un 74,67% para ellas³.

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (ONUAA), en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ⁴ emiten un documento informativo en el año 2017, el cual lleva como nombre “América Latina y el Caribe: Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional. Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición, 2016.”

El contenido expuesto permite recopilar información valiosa acerca de la temática tratada en la presente investigación, en él se descubre que alrededor del 58% de la población (cerca de 360 millones de personas) tiene sobrepeso, y que la obesidad afecta al 23% (cerca de 140 millones). Dentro de los países que encabezan la lista, se menciona a Bahamas con un 69%, seguido de México con un 64% y Chile con un 63%.

El porcentaje de mujeres obesas supera al de los hombres en gran cantidad de países. Por ejemplo, en Antigua y Barbuda esta situación afecta al 22,8% de los hombres y al 38,7% de las mujeres, mientras que en Jamaica al 18,4% de los hombres y al 35,7% de las mujeres. ⁴ Con

esto, se observa que la prevalencia del sobrepeso y la obesidad es una realidad que está afectando a muchos países y que su crecimiento es cada vez más rápido.

Paye y Navia ⁵ realizan un estudio en el año 2018 titulado “Prevalencia y factores de riesgo asociados para sobrepeso y obesidad en la población adulta de la ciudad de La Paz, gestión 2014”, donde su objetivo es precisamente, determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a ambas condiciones. El estudio es de carácter analítico transversal y la técnica empleada es la encuesta. La población está conformada por 470 individuos, adultos de ambos géneros, entre las edades de 18 a 60 años.

Los resultados del estudio indican que la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de un 60,8%, predominando en las mujeres con un 62,6%. Dentro de los factores de riesgo más importantes destacan la población adulta, encabezada por personas entre los 40-60 años, así como el patrón de sueño (dormir menos de 8 horas diarias), el tabaquismo, malos hábitos alimenticios, percepción de la imagen corporal, estado civil, actividad física y el nivel educativo⁵.

Varona, Gámez y Díaz ⁶ desarrollan un estudio en el año 2018, denominado “Impacto del sobrepeso y obesidad en la mortalidad por enfermedades no transmisibles en Cuba”, tienen como objetivo estimar la mortalidad atribuible a dichos padecimientos en la población de 20 años o más. El estudio es de tipo descriptivo transversal, el cual hace uso de fuentes de datos secundarias para determinar la prevalencia de ambos y datos de mortalidad por enfermedades no transmisibles.

La información es adquirida de fuentes tales como censos, estadísticas nacionales y registros médicos, distribuyendo las causas de mortalidad en tres grupos: grupo I (Diabetes Mellitus tipo II), grupo II diferentes tipos de cáncer (mama, riñón, ovario, páncreas, próstata) y grupo III

Enfermedades Cardiovasculares (hipertensión arterial, enfermedad cardíaca congestiva, accidente cerebrovascular).

Los resultados muestran ⁶ que del total de muertes detectadas (30656), 3785, es decir, el 12,3%, es debido al sobrepeso y la obesidad. De esto, el 8,1% es para el sexo masculino y el 16,8% para el sexo femenino. En cuanto a las causas de defunciones reportadas, para el grupo I las muertes atribuibles a estas condiciones representan el 25% del total de las causas investigadas, con un 22% para los hombres y 26% en mujeres.

El grupo II revela que el cáncer de riñón es el más asociado al sobrepeso y la obesidad en las mujeres, en el caso de los hombres es el cáncer de páncreas. Y, por último, el grupo III, evidencia que el 53% del total de muertes son por el exceso de peso, desglosando un 56% para el sexo femenino y un 49% para el sexo masculino. Con esto se refleja que, en Cuba, la mortalidad por exceso de peso es elevada. ⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁷ menciona en una de sus notas descriptivas publicada en el año 2018, que en el 2016 más de 1900 millones de adultos de los 18 años o más, tienen sobrepeso, es decir, un 39% (39% de los hombres y 40% de las mujeres). Donde más de 650 millones son obesos, con un 13% (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres).

Las causas propuestas por la OMS, incluyen el aumento en la ingesta de alimentos con alto contenido calórico (ricos en grasa) y el sedentarismo influenciado por los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización. Como consecuencias comunes indica las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, los trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres. ⁷

Ramón; et al ⁸ ejecutan un estudio en el año 2019, nombrado “Prevalencia de sobrepeso/obesidad y su asociación con diabetes, hipertensión, dislipemia y síndrome metabólico: estudio transversal de una muestra de trabajadores en Aragón, España.” donde el objetivo es estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en una muestra de trabajadores y cuantificar su asociación con el desarrollo de diferentes patologías crónicas.

La investigación se basa en un estudio de carácter descriptivo transversal, conformado por una muestra de 23729 trabajadores, cuyos datos se obtienen de revisiones médicas rutinarias como la exploración física, análisis de sangre y cuestionario estructurado sobre la dieta, actividad física, consumo de alcohol y tabaco.

Los resultados arrojan que la prevalencia de sobrepeso es del 38,6% y la de obesidad del 18,4%, siendo superiores en los hombres. No obstante, el IMC en ellos, es superior al de las mujeres ⁸. Con dicho estudio, se aprecia una gran relación entre estos dos padecimientos, y la prevalencia de diabetes, dislipemia, hipertensión y síndrome metabólico.

1.1.1.2 Antecedentes a nivel nacional

Ávila ⁹ da a conocer en el año 2009, la Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica, 2008-2009, donde tiene como objetivos generales, el disponer de información actualizada, veraz y oportuna sobre la situación nutricional de la población costarricense, con el propósito de orientar políticas, planes y programas relacionados con el campo de la salud y evaluar el efecto de las intervenciones que se implementan en respuesta a la situación encontrada en el año 1996.

Las tablas estadísticas muestran que el estado nutricional de las mujeres de 20 a 44 años, presentan un 59,7% de sobrepeso y obesidad, más alto que aquellas que se ubican en un rango

de delgada o normal. Al igual que estas, las que se encuentran entre los 45 a 64 años tienen un porcentaje elevado, con un 77,3%. En el caso de los hombres de los 20 a 64 años, también son esas dos condiciones las que registran el porcentaje más alto, con un 62,4%, superior a las otras categorías.⁹

El Ministerio de Salud (MS)¹⁰ proporciona en el año 2014, la "Estrategia nacional de abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013-2021.", donde su objetivo es reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad causada por las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad, mediante el abordaje integral de los factores protectores, de riesgo y la prestación de servicios de salud para el mejoramiento de la calidad de vida de la población nacional.

La Estrategia plantea una serie de metas a nivel nacional, las cuales buscan reducir la mortalidad prematura en la población de 30 a 69 años. Dentro de estas destacan las siguientes, en primer lugar, está la #3: inactividad física, proyectada luego de detectar que el 50.1% de la población costarricense realiza insuficiente actividad física según lo recomendado por la OMS, y la #7: la cual busca reducir el aumento relativo en la prevalencia de diabetes, así como detener el aumento relativo de obesidad en la población.¹⁰ En una encuesta realizada en el año 2010, se halla en la población mayor de 20 años, una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 36.1% y 26%, respectivamente.

El documento menciona que la obesidad se da como consecuencia de múltiples factores, dentro de ellos incluyen los hábitos alimentarios inadecuados, el bajo consumo de frutas y vegetales, el sedentarismo, los estilos de vida poco saludables, la pobreza, tener un nivel bajo de

escolaridad, la lactancia materna ya sea nula o insuficiente, incluso; refiere que tanto la cultura, como la publicidad pueden ser factores contribuyentes.¹⁰

Loría ¹¹ realiza su tesis en el año 2014, denominada “Caracterización de los estilos de vida, nivel de actividad física y prevalencia de obesidad en la población estudiantil de la Sede de Occidente, de la Universidad de Costa Rica: aporte para un plan de intervención”, cuyo objetivo es describir y analizar ese diario vivir, el nivel de actividad física y la prevalencia de obesidad de los y las estudiantes para la construcción de un diseño de iniciativas tendientes al mejoramiento de las conductas habituales en pro de su salud.

El estudio es de carácter transversal no experimental, de tipo descriptivo y exploratorio. La muestra corresponde a 590 sujetos, los cuales se encuentran en edades de los 17 a los 37 años y que son pertenecientes a 25 diferentes carreras de la Universidad de Costa Rica, impartidas durante II semestre del 2011. Se utiliza una encuesta y un cuestionario previamente elaborados, para la recopilación de los datos.

Los resultados externan ¹¹ que la prevalencia de sobrepeso es mayor en el sexo masculino, con un 20,4%, mientras que en el femenino es de 17,3%. En cuanto a los tipos de obesidad grado I, II y III, en ambos sexos predomina la tipo I. Los datos recopilados reflejan que existe un porcentaje mayor de sobrepeso y obesidad en aquellas personas que cursan más de 4 años en la universidad.

Cruz ¹² realiza una tesis en el año 2015, nombrada “Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en los docentes de ambos sexos de 20 a 49 años del circuito escolar 07 de la Regional de Enseñanza de Puntarenas, en febrero y marzo del 2015”,

donde su objetivo es determinar la prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas, no transmisibles en los y las docentes.

La investigación es de carácter cuantitativo, con un método tipo descriptivo. La población está conformada por 154 docentes del circuito escolar 07, de la Regional de Enseñanza de Puntarenas. La técnica seleccionada es un cuestionario. Los resultados indican que el sexo femenino es el que tiene el mayor porcentaje de sobrepeso, con un 19% y un 12% para el sexo masculino. El porcentaje más alto de obesidad también es para ellas, encabezando la grado I con 12% en mujeres y un 5% en hombres.¹²

Barrantes ¹³ realiza un estudio en el 2017, denominado “Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en el personal del Banco Central de Costa Rica, junio – julio 2016”, cuyo objetivo es determinar la prevalencia de los factores de riesgo de estas patologías.

La investigación se basa en un estudio de carácter cuantitativo, utilizando un método descriptivo. La población estaba conformada por 245 trabajadores, a quienes se les aplica el instrumento STEPS para la recopilación de los datos. Los resultados revelan ¹³ que la población entrevistada se encuentra en sobrepeso, siendo mayor en los hombres entre los 40 a 64 años. En obesidad sigue prevaleciendo el sexo masculino con un 29,1% y la edad de los 40 a 64 años nuevamente es la más afectada.

La Universidad de Costa Rica (UCR) ¹⁴ publica en el 2017 un trabajo práctico elaborado por estudiantes de la Escuela de Estadística, el cual lleva el nombre de “Encuesta actualidades 2016”. El mismo, utiliza una muestra probabilística de 1.059 costarricenses de los 18 años y más. Es importante indicar, que dentro de este se abordan 11 temas relevantes en la actualidad.

El tema número 8, desarrollado por los estudiantes Castillo, M; Rojas, R y Coto, M cuyo nombre es “Intensidad de la actividad física en Costa Rica.”, tiene como objetivo proporcionar, a las autoridades en salud y entidades interesadas, datos que permitan conocer la situación actual y, de ser necesario, diseñar y adoptar políticas públicas dirigidas al bienestar común. El Cuestionario Internacional de la Actividad Física (IPAQ) es la técnica empleada, con este se recopila el tiempo (horas y minutos) de caminata, así como las actividades extra que realicen.

Los resultados muestran ¹⁴ que el 65% de los costarricenses de los 18 años o más, entran en la categoría de inactivos o sedentarios. Ligado a esto, se revela que las mujeres con un 71,8%, son más sedentarias que los hombres con un 57,8%. Se determina que el promedio del sobrepeso es de 37% en ambos sexos y en el caso de la obesidad es de un 20%, para ambas condiciones después de los 30 años es cuando se evidencia una mayor incidencia.

El Ministerio de Salud (MS) ¹⁵ emite en el año 2017, el “Plan para el Abordaje Integral del Sobrepeso y la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia”, cuyo objetivo es contribuir a la detención del aumento de dichos aspectos en esta población en particular, mediante acciones intersectoriales coordinadas y articuladas de las instituciones públicas, la sociedad civil, la academia y el sector privado.

El documento incluye cuatro ámbitos de acción, el primero de ellos habla sobre las intervenciones en los ambientes obesogénicos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y control del sobrepeso y obesidad; el segundo se enfoca en la normalización y el control; el tercero, en la vigilancia, investigación y desarrollo tecnológico y el último, hace énfasis en el fortalecimiento de los mecanismos de acción multisectorial. Con dichos ámbitos se busca una transformación del entorno actual estimulante del exceso de peso, promover estilos

de vida saludable, basados en un mayor consumo de alimentos nutritivos y un aumento de la actividad física.¹⁵

Chinnock y Zúñiga¹⁶ realizan un estudio en el año 2018, denominado “Prevalencia de malnutrición según grupos de edad en diferentes comunidades de Costa Rica entre 1997 y 2014”, donde tienen como objetivo analizar la prevalencia de problemas en el estado nutricional de los miembros de la familia, según grupos de edad en diferentes comunidades.

La evaluación antropométrica evidenciada en el artículo, corresponde al estado nutricional de las familias encuestadas en las 25 comunidades que se visitan durante 17 años. Se analizan personas desde los 0 años hasta adultos mayores; en total 3510 personas forman parte del estudio. Los resultados muestran¹⁶ que la prevalencia de exceso de peso se mantiene en incremento en todos los grupos de edad. En el caso de la población de adultos, para 1997 era de 53.1% y para el 2014, 68%. En los adultos mayores, pasa de 31.6% en 1997 a 75% en 2014.

Abarca¹⁷ realiza una tesis en el año 2019 llamada “Prevalencia de factores de riesgo para diabetes tipo 2 relacionados con el estado nutricional y estilo de vida de adultos de 25 a 50 años de la comunidad de Villa Esperanza de Pavas del 2018”; la finalidad de la investigación es determinar la prevalencia de factores que propician el desarrollo de diabetes tipo 2 ligados al estado nutricional de los sujetos y su estilo de vida.

El estudio es de carácter cuantitativo, enfocado en un tipo descriptivo correlacional. Se utiliza una muestra de 100 adultos, en la que se pueden encontrar personas de ambos sexos, con las edades y la residencia anteriormente mencionada. La técnica que se emplea es la encuesta, y el instrumento utilizado es un cuestionario estructurado.

Los resultados señalan ¹⁷ que el 41% de los encuestados presenta sobrepeso, mientras que el 26% se le atribuye a la obesidad. Comparando ambos sexos, se determina que los hombres tienen mayor incidencia al sobrepeso con un 46,3% mientras que las mujeres tienen un 34,8%. En el caso de la obesidad, el porcentaje más alto también les corresponde a los hombres, con un 22,2% para obesidad grado I y 5,6% para obesidad grado II, en las mujeres la obesidad grado I es de un 19,6% y la obesidad grado II y III 2,2% cada una.

El análisis efectuado, tanto de artículos a nivel internacional como nacional, permite evidenciar que hay variaciones en cuanto a cuál es el sexo más afectado según tipo de malnutrición, lo cierto es que en la gran mayoría de los estudios se concuerda con que son las mujeres. Aunado a esto, se percibe que la obesidad tipo 1 es la de mayor auge.

La edad es otro aspecto que difiere entre cada uno de ellos, pero el rango entre los 20 a los 64 años es el que más resalta. Características como el patrón de sueño, tabaquismo, una alimentación poco saludable, el estado civil, sedentarismo, el nivel educativo y económico son parte de los factores de riesgo que encabezan la lista a nivel mundial.

1.1.2 Delimitación del problema

El estudio se realiza durante el II cuatrimestre del 2019, este está enfocado en dos distritos Santiago y Santa Ana, de los cuales se tiene un muestreo de tamaño fijo de 120 personas por sector. Tanto hombres como mujeres pueden formar parte de este, sin importar su etnia, escolaridad ni nivel socioeconómico, solo se requiere que estén entre los 20 a 64 años de edad, y que sean residentes de los distritos mencionados anteriormente.

1.1.3 Justificación

El sobrepeso y la obesidad son dos de las condiciones que van en incremento, para nadie es un secreto que día a día se detectan y/o diagnostican más personas con dicha situación, a tal punto que se ha llegado a declarar que se está bajo una pandemia mundial.¹⁸ Lo más alarmante, es que la gran cantidad de casos se dan, incluso en personas jóvenes, incluyendo a los niños.

La investigación está enfocada en dos distritos, el de Santiago y el de Santa Ana. Para comprender la razón por la que se seleccionan estos, es necesario mencionar que según el Índice del Progreso Social ¹⁹, el cantón de Palmares se posiciona en el primer lugar con el índice de obesidad más alto a nivel nacional. Mientras que el cantón de Santa Ana presenta un escenario distinto y es seleccionado por tener un índice de obesidad de 0.

El Censo 2011 es el criterio utilizado para delimitar la selección de los lugares, denominado: Indicadores de condiciones de vida según cantón y distrito ²⁰, el cual refleja las necesidades básicas insatisfechas en ellos. En uno de sus apartados, expone el porcentaje de hogares con carencia de vida saludable, es de ahí donde se dispone a seleccionar a aquel de Palmares con el porcentaje más alto y al de Santa Ana con el porcentaje más bajo.

Los estilos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad en dichos sectores, son estudiados para analizar los comportamientos que se llevan a cabo en ambos lugares y posterior a esto, efectuar una comparación entre los mismos. Las personas entre los 20 a 64 años se seleccionan como las unidades de estudio, porque posterior a la revisión bibliográfica, se logra apreciar gran cantidad de estudios en los que los mayores de 20 años son unos de los más afectados. La Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica, 2008-2009 es un indicador relevante que da fundamento a dicha decisión.

El tema proyectado es de vital importancia por las complicaciones que puede generar en el ser humano la obesidad a corto, mediano y largo plazo. No está de más, mencionar la relación que hay entre esta y la aparición de diversas enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, hipertensión, cardiopatías; así como problemas respiratorios e incluso la aparición de cáncer.

La investigación deja como aporte, la oportunidad de dar a conocer la problemática que acarrea el país. Si bien, este tema es bastante tratado en la actualidad, son muy pocos los estudios que determinan el impacto sobre la población adulta, ya que la gran mayoría se enfoca en prescolares o adolescentes.

La posibilidad de identificar los estilos de vida que se llevan a cabo en los sectores previamente mencionados, así como la oportunidad de recopilar la información suficiente para realizar una comparación entre ambos, es otro aporte. Con esto, se tiene una ruta viable para lograr promover condiciones de vida saludables y la prevención de enfermedades, satisfaciendo así uno de los grandes propósitos que tiene enfermería.

El beneficio es en especial para los palmareños, quienes son los que se ven más afectados por dicha problemática, no obstante, la población de Santa Ana también obtiene ganancia. El simple hecho de conocer sobre la situación que vive el país y el nivel en que cada cantón se encuentra, es un factor motivante para corregir las prácticas que realizan, o en su contraparte, para continuarlas.

La población costarricense (en general) obtiene una ventaja, si este cantón poco a poco comienza a descender el índice de obesidad, puede ayudar a Costa Rica a salir de la lista de los primeros lugares con personas obesas o al menos, a descender de la posición en la que se

encuentra actualmente, ya que para el año 2018 Costa Rica está en segundo lugar con mayor índice de obesidad tanto a nivel centroamericano ²¹ como en América Latina ²².

La investigación surge porque previo a la revisión bibliográfica se conoce la condición del país, sin embargo; se desconoce el hecho de que Palmares es el cantón que encabeza la problemática. En un reportaje de Teletica ²³, se evidencia la necesidad que tiene el cantón por dejar de ser el número 1 con más personas obesas en el país.

La principal motivación nace de lo anterior, en conjunto con el hecho de enfrentarse a un desafío como lo es el sobrepeso y la obesidad, porque a pesar de que las personas conocen la situación y sus grandes repercusiones, no son suficientes las estrategias implementadas para revertir la realidad.

La problemática sigue vigente convirtiéndose en un reto que no basta con estas acciones, se necesita que las personas realmente interioricen lo que se les trasmite, que modifiquen la forma en la que se alimentan, ya que es uno de los principales desencadenantes, que varíen como se movilizan y se comportan, pues el sedentarismo prevalece y va adquiriendo cada vez más poder. En general, que cambien la forma como viven, porque es el punto final que determina la condición de un individuo. Con esta investigación se busca detectar las causas en estos sectores en específico, para posterior a esto establecer una serie de recomendaciones enfocadas en dichas debilidades.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el estilo de vida de las personas de 20 a 64 años en relación con la prevalencia del sobrepeso y la obesidad; distritos de Santiago y Santa Ana, Costa Rica, II Cuatrimestre 2019?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar el estilo de vida de las personas de 20 a 64 años en relación con la prevalencia del sobrepeso y la obesidad; distritos de Santiago y Santa Ana, Costa Rica, II Cuatrimestre 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar a la población entre 20 y 64 años, según los aspectos sociodemográficos, en Santiago y Santa Ana, para el II cuatrimestre de 2019.
2. Describir el estilo de vida de las personas de 20 a 64 años, en relación con la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, distritos de Santiago y Santa Ana, II Cuatrimestre 2019.
3. Comparar el estilo de vida de las personas de 20 a 64 años, en relación con la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, distritos de Santiago y Santa Ana, II Cuatrimestre 2019.
4. Identificar la prevalencia de sobrepeso y obesidad de la población de los distritos de Santiago y Santa Ana, II Cuatrimestre 2019.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

El alcance obtenido, es que la Asociación de Desarrollo Integral (ADI) de Santiago, está anuente a socializar los datos de la investigación, para trabajar en conjunto con el Comité Distrital de Deportes y Recreación del sector, una estrategia cuyo objetivo principal busca disminuir la incidencia del sobrepeso y la obesidad.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

La presente investigación no cuenta con limitaciones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO- CONCEPTUAL

2.1.1 Estilos de vida

Concepto

Dehesa ²⁴ refiere que los estilos de vida son una forma de vivir, son aquellas condiciones de vida que incluyen hábitos como la alimentación, higiene personal, el ocio, los modos de relaciones sociales como la sexualidad, las relaciones familiares y los mecanismos de afrontamiento social. Los cuales van a ser desglosados en el siguiente apartado:

A) La alimentación

El ser humano necesita de energía para poder realizar sus actividades diarias, esta es adquirida por medio de la alimentación, gracias a ella se introducen todas las sustancias necesarias para que el organismo funcione de manera adecuada, en el cumplimiento de las funciones vitales. Por esto, forma parte de los principales factores de promoción y mantenimiento de una buena salud. Es fundamental aclarar que el término malnutrición hace referencia tanto a la desnutrición, como al sobrepeso u obesidad. ²⁵

La dieta inadecuada es un factor de riesgo para la aparición de múltiples enfermedades no transmisibles como los problemas cardiovasculares, hipertensión, diabetes mellitus, hiperglicemia, dislipidemia, cáncer y por supuesto, el sobrepeso y obesidad, entre otras. Para lograr una alimentación saludable se requiere del cumplimiento de todo el ciclo que la compone, desde la planificación, producción, selección, preparación, elaboración e ingestión de los productos. Además, de la disponibilidad de estos, su acceso y consumo. ²⁵

Los alimentos se agrupan en categorías según su función nutritiva, mencionados en seguida con el fin de reconocerlos y comprender la importancia de cada uno:

- **Energéticos:** como su nombre lo indica, se encargan de aportar energía al organismo. Este grupo lo conforman los carbohidratos, quienes son los productores de adenosín trifosfato (ATP), encontrados en alimentos como los cereales, tubérculos, confites e incluso en la sacarosa, almíbar, jaleas y la miel. Su valor calorimétrico es de 4 kcal por gramo. ²⁵

Los alimentos grasos forman parte de este tipo, los cuales constituyen la principal reserva energética del organismo y tienen un equivalente de 9 kcal por gramo. Están compuestos por dos tipos de alimentos: los de origen animal (manteca de cerdo, mantequilla, quesos, tocino, bacon) y los de origen vegetal (aceites vegetales de todas las clases: maní, soya, girasol, oliva, palma, maíz). Es preferible consumir aceites de origen vegetal para evitar el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y la obesidad. ²⁵

- **Constructores o reparadores:** su función se basa en reparar células y tejidos, e integrarse a los sistemas enzimáticos y hormonales. En este caso, se identifica a la proteína como principal nutriente, clasificado en alimentos de origen animal (leche y lácteos, huevos, carnes: res, cerdo, conejo, aves, pescado) y origen vegetal (leguminosas y frutos secos). ²⁵
- **Reguladores:** actúan como catalizadores en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas. Acá se incluyen las vitaminas, minerales y los oligoelementos (flúor, hierro, yodo, zinc). ²⁵

La dieta saludable requiere de una serie de características, que sea: ²⁵

- **Suficiente:** los componentes de la dieta deben suplir las cantidades requeridas de nutrientes y energía.

- **Variada:** consumiendo distintos tipos de alimentos durante el día, para obtener los nutrientes y la energía necesaria. Alternando los métodos de preparación de un mismo alimento.
- **Completa:** incluyendo las frutas, verduras y legumbres, que tienen un alto contenido vitamínico, mineral y antioxidante, capaces de colaborar con el desempeño óptimo del organismo.
- **Armónica o equilibrada:** los alimentos energéticos deben mantener el equilibrio. Se recomienda un 10- 15% de la energía diaria total de proteínas, un 15- 30% de grasas y un 55- 75% de carbohidratos.

El requerimiento energético varía de persona a persona, por eso los planes alimenticios deben ser individualizados y no compartidos. No obstante, la recomendación que se le brinda a toda la población, es realizar cinco tiempos de comida al día, tomando en cuenta que el desayuno es fundamental, ya que es la primera fuente de energía que tiene el organismo para dar inicio con las actividades del día.²⁵

La literatura plantea que es necesaria una distribución de la energía total de: 20% en el desayuno, 10% en cada merienda, 30% en el almuerzo y 30% en la cena. Esta última se recomienda que no sea pesada (más de un 30%) porque favorece el desarrollo de obesidad, en personas cuya edad sobrepasa los 50 años o que tienen tendencia al sobrepeso, es preferible que la disminuyan a menos del 25 % de la energía total del día.²⁵

B) La higiene personal

La higiene es imprescindible para lograr la conservación de la salud y la prevención de la enfermedad. Hablar de ella, es referirse al aseo, limpieza y cuidado del cuerpo, esta se divide en diversas áreas como:

- **Aseo personal:** abarca la higiene de toda la superficie del cuerpo, la piel (su aseo colabora con la eliminación de la transpiración, grasa acumulada, polvo atmosférico y los microorganismos que se le adhieran), cabeza (la higiene del cabello evita la presencia de parásitos y el aseo de la cara, ojos, oídos, fosas nasales y boca, colabora con la eliminación de gérmenes y evita la aparición de procesos infecciosos), pies (al existir una transpiración abundante, su aseo evita el desarrollo de micosis), manos (es el foco contaminante más peligroso del cuerpo, por eso su higiene debe ser constante: antes de las comidas, después de ir al baño o posterior al contacto con cualquier contaminante).²⁶
- **Vestuario:** brinda protección ante el polvo, el frío y el calor. Se debe hacer uso de ropa holgada para no alterar la circulación sanguínea y ropa interior que absorba el sudor, esta se cambiará diariamente. El calzado debe ser según estructura anatómica de cada individuo, para evitar deformaciones.²⁶
- **Postura:** permanecer tiempos prolongados en una misma posición, adoptar posturas que alteren la composición fisiológica de la columna, realizar esfuerzos o movimientos bruscos, son parte de las conductas incorrectas que generan complicaciones de salud.²⁶
- **Sueño:** el reposo diario es una necesidad fisiológica, que al no ser satisfecha genera fatiga, cansancio, dificultad de concentración y aprendizaje. La cantidad de horas recomendadas para que el sueño sea reparador, varía según diversas circunstancias, entre ellas la edad (para personas de más de 16 años, se aconseja dormir de 7 a 8 horas), la naturaleza de la tarea, el clima y las características personales.²⁶
- **Alimentación:** entre los malos hábitos que ponen en riesgo la salud, está la falta de horarios fijos para la alimentación, el exceso de sal, grasa, azúcar y carbohidratos en la dieta.²⁶

- **Ejercicio físico:** no solo es útil para tener un buen aspecto físico, sino que es vital para mantener buenas condiciones de salud. Dentro de sus ventajas está la disminución de la grasa, ensancha la capacidad pulmonar, activa la función circulatoria, mejora la capacidad física y mental y elimina las sustancias tóxicas.²⁶ Según el Plan Nacional de Actividad Física y Salud²⁷, las recomendaciones de actividad física para las personas de los 18 a 64 años deberían de ser mínimo 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o una combinación de ambas. Además, se recomienda dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

C) El ocio

El ocio es un término subjetivo determinado por la actitud, el significado y la vivencia personal, forma parte de las necesidades vitales del ser humano y está estrechamente relacionado con el deseo, la libre elección, la motivación y el disfrute, razón por la que se le vincula con la calidad de vida, se caracteriza por contar con las 3 D: descanso, diversión y desarrollo personal.²⁸ Según la literatura, el disfrute del ocio es un recurso valioso para el fortalecimiento del desarrollo personal saludable, ya que actúa como actividad terapéutica, estrategia de afrontamiento, promotor de estados de ánimo positivos y experiencias motivadoras.

El ocio se asocia con el placer, la satisfacción, la felicidad, la libertad, la autonomía, la motivación intrínseca; los cuales pueden contribuir con el bienestar y la salud de las personas. A pesar de esto, la relación que existe entre el ocio y la salud, depende del estilo de vida que lleve cada persona, existe el ocio nocivo y el constructivo. Abusar del alcohol, el sobrepeso y el sedentarismo son condiciones que ponen en riesgo la salud.²⁸

D) Relaciones sociales

El apoyo social es uno de los componentes que favorecen el mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y el bienestar de la sociedad. Las redes informales de apoyo, engloban las relaciones sociales creadas en el entorno de una persona, como lo son sus amigos, familiares, compañeros de trabajo, entre otros. En aquellas personas cuyas relaciones sociales son escasas, se han detectado problemas a nivel psicológico y psiquiátrico.²⁹

Las relaciones sociales cuentan con varias dimensiones, como su tamaño (número de personas que la componen), la densidad (cantidad de interrelación entre los miembros) y la dispersión geográfica (que tan lejos o cerca se encuentran las personas). El tipo y la cantidad de apoyo recibido, la percepción que el individuo tenga de este, la preocupación emocional (amor, empatía), la ayuda instrumental (bienes y servicios) son condiciones que se establecen a través de las relaciones sociales y colaboran con la salud y calidad de vida.²⁹

E) Mecanismos de afrontamiento social

El afrontamiento es definido como el conjunto de respuestas que surgen ante una situación estresante, el cual se produce con el fin de neutralizar o manejar una determinada situación, relacionándose como una forma de adaptarse al escenario que se experimente.²⁹ Es decir, el afrontamiento involucra un equilibrio entre las demandas y expectativas planteadas por una situación, así como las capacidades que tenga la persona para responder a esas demandas.

El estrés es un buen ejemplo, este está dado por un desequilibrio que percibe el sujeto entre los recursos y capacidades con las que cuenta versus las demandas que le generen una situación en particular. Los recursos de afrontamiento van a ser aquellos que la persona tome en cuenta en la valoración de la situación, mientras que las respuestas de afrontamiento son

las acciones que tome el sujeto para restablecer ese equilibrio, las cuales van a depender de la conducta, las estrategias y la experiencia que este tenga. ²⁹

Los recursos de afrontamiento pueden ser físicos (entorno físico de la persona y las características biológicas del organismo), psicológicos (estados afectivos, cognitivos y comportamiento del individuo), estructurales (estructura de los papeles sociales o roles), culturales (creencias sobre salud/enfermedad) y sociales (procesos de interacción social). Este último, siendo uno de los más importantes para el afrontamiento, ya que son la red social del individuo y su sistema de apoyo social. ²⁹

Las respuestas de afrontamiento pueden ser de varios tipos: ²⁹

- **Afrontamiento aproximativo:** incluye las estrategias cognitivas o comportamentales que aproximan al problema desencadenante.
- **Afrontamiento evitativo:** son las estrategias que, como su nombre lo indica, evitan o ayudan a la persona a escapar de las emociones negativas.
- **Afrontamiento centrado en el problema:** orientada a la solución del problema.
- **Afrontamiento centrado en la emoción:** orientado en el manejo de emociones causadas por el estrés.
- **Afrontamiento comportamental:** cuando se busca un experto, que le sea de ayuda para encontrar una solución.
- **Afrontamiento cognitivo:** hace referencia a una motivación individual para afrontar el problema, minimizándolo.

Dehesa indica que todos estos factores flexibles y modificables, colaboran con la integración y adaptación de las personas al mundo que les rodea. Los factores motivacionales, el aprendizaje, el conjunto de creencias, las influencias sociales e incluso la historia biológica,

son componentes de las conductas y hábitos que han llegado a ser declarados característicos de los estilos de vida de una persona.

Los estilos se pueden ver influenciados por dos situaciones: ²⁴ por un lado, los comportamientos de riesgo que presente una persona, como el fumado, conductas sexuales sin protección, entre otras y las conductas protectoras de salud o de calidad de vida, que son todas esas acciones que los individuos desarrollan para protegerse de la aparición de patologías o de las secuelas que estas puedan ocasionar.

Tipos de estilos de vida

A) Estilos de vida saludables

El estilo de vida saludable es lo que se conoce como aquellos procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y todos los comportamientos de los individuos, que estén orientados a la satisfacción de las necesidades humanas, cuyo objetivo final esté destinado a alcanzar el bienestar y preservar la vida. Algunos de los factores protectores de la calidad de vida, citados por Dehesa son los siguientes: ²⁴

- Poseer empleo y seguridad económica.
- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Estar satisfecho con la vida.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Gozar capacidad de autocuidado.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Emplear sanamente el tiempo libre y disfrute del ocio.

- Poseer seguridad social y accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales y recreativos.
- Preocuparse por controlar los factores de riesgo y enfermedades crónicas.
- Comunicarse y participar en el ámbito familiar y social.

B) Estilos de vida poco saludables

La Federación Mexicana de Diabetes³⁰, refiere una serie de factores que conducen al desarrollo del sobrepeso y la obesidad, es decir; indican los estilos de vida poco saludables como la mala alimentación, el sedentarismo, la falta de actividad física, consumo de alcohol, patrón de sueño irregular, la ansiedad, las condiciones medioambientales y factores emocionales, que una persona mantiene a lo largo de su vida y que muy probablemente, lo lleven a tener repercusiones en su estado de salud.

Sobrepeso y obesidad

A) Concepto

La OMS ⁷ define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Es decir, esa acumulación de grasa corporal es lo que lleva a las personas a tener un aumento de peso, con lo cual poco a poco se empieza a generar todo un conjunto de repercusiones en la salud del individuo; trayendo consigo innumerables complicaciones como lo es el desarrollo de diversas patologías.

B) Clasificación

Los parámetros son varios, entre ellos se puede mencionar el exceso de grasa corporal y la distribución de grasa corporal como los principales, no obstante, no se pueden dejar de lado

indicadores como la edad de comienzo y la celularidad.³¹ Para la presente investigación, se hablará acerca de las principales formas de clasificación citadas anteriormente.

C) Porcentaje de grasa corporal

El peso corporal está compuesto por aproximadamente un 12 a un 20% de grasa en un hombre adulto, en el caso de las mujeres el valor que se le atribuye es de un 20 a un 30%.³¹

Es importante conocer estos valores para determinar si un individuo está con un exceso de grasa corporal o no, si el porcentaje de esa grasa corporal llega a superar los límites máximos establecidos según cada sexo, se procede a decir que tiene exceso de grasa corporal.

D) Índice de masa corporal (IMC)

La técnica utilizada para el diagnóstico y la clasificación del sobrepeso y la obesidad, es por medio de la toma de medidas antropométricas; por ejemplo, la talla, el peso, la circunferencia muscular del brazo, la circunferencia abdominal, entre otras. A partir de la talla y el peso es que se obtiene el IMC, este indicador se calcula dividiendo el peso de la persona en kilogramos, entre la altura en metros al cuadrado ($IMC=kg/m^2$).³¹

La OMS ³² indica que un intervalo normal es aquel que tiene los parámetros entre 18.5 y 24.9, cuando un sujeto tiene el IMC mayor o igual a 25.0 se categoriza con sobrepeso, entre 25.0 y 29.9 ya es preobesidad y cuando el IMC es mayor o igual a 30.0 la persona es obesa.

La obesidad se va a clasificar en tres tipos:

- Obesidad clase I si el IMC está entre 30.0 y 34.9.
- Obesidad clase II si los parámetros van de 35.0 a 39.9.
- Obesidad clase III cuando se tiene un IMC mayor o igual a 40.0. (Ver figura N°41)

E) Etiología

Varios autores concuerdan con la idea que la obesidad tiene un origen de carácter multifactorial, no obstante; la principal causa que se le adjudica es la existencia de un desequilibrio energético entre las calorías ingeridas versus aquellas que son gastadas. A menudo, el consumo excesivo de alimentos con alto contenido calórico y el descenso de actividad física son motivos que propician el sobrepeso y la obesidad. ⁷

Los factores genéticos, metabólicos, psicológicos, endocrinos, ambientales, entre muchos otros, son algunos de los causantes del sobrepeso y la obesidad. A continuación, se desglosan varias causas:

- **Embarazo** ³³
- **Edad:** a mayor edad, mayor dificultad para quemar la grasa a la misma velocidad a la que lo realiza una persona más joven. ³³
- **Herencia genética:** la obesidad puede surgir por cuestiones hereditarias, por esto es importante conocer el historial familiar de cada sujeto y determinar si este es el motivo de su condición. ³⁴
- **Sexo:** los hombres queman más energía en reposo que las mujeres, ellos necesitan más calorías para mantener su peso corporal. Por lo general, las mujeres aumentan de peso después de la menopausia porque disminuye la capacidad de quemar la energía. ³³ La distribución de grasa corporal varía según el sexo, en el caso de las mujeres la grasa o tejido adiposo suele acumularse en muslos y caderas.
- **Medio ambiente y hábitos alimenticios:** cada vez son más los locales de comida rápida y son muchas las personas que día a día tienen como principal alimentación

la comida chatarra.³³ Los tiempos de alimentación que se realicen, la omisión de comidas, la disponibilidad de alimentos y su acceso, también son unas de las posibles causas.

- **Trastornos alimentarios:** como los trastornos por atracones e ingesta nocturna.³³
- **Falta de actividad física:** el simple hecho de llevar una vida sedentaria, incrementa el riesgo de presentar sobrepeso u obesidad y si a eso se le suma la inadecuada alimentación, el riesgo es aún mayor.³⁴
- **Obesidad infantil:** se dice que las células grasas que se adquieren en la niñez permanecen en el organismo hasta la edad adulta, una vez inmersos en esta etapa, podrán realizar dietas para disminuir el tamaño de las células grasas, pero no podrán con la cantidad de las mismas.³³
- **Medicamentos:** los fármacos como los glucocorticoides, antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) y la insulina.³¹
- **Patrón del sueño:** hay estudios que demuestran que no dormir las horas suficientes, puede llevar a un incremento del IMC. Esto porque el sueño puede afectar las hormonas que controlan los impulsos del hambre.³⁴
- **Niveles altos de estrés:** este afecta al cerebro, desencadenando la producción de diversas hormonas como el cortisol, encargado de controlar el equilibrio energético y los impulsos de hambre.³⁴
- **Factor socioeconómico:** tener un nivel socioeconómico bajo o habitar en un entorno social poco saludable, un acceso limitado a establecimientos recreativos o parques y

la ausencia de espacios seguros o accesibles para caminar en el vecindario, también son contribuyentes.³⁴

- **Etnia:** en el caso de los estadounidenses adultos, las tasas más altas de obesidad la tienen los afrodescendientes, seguidos de las personas de origen hispano y luego los blancos. Los asiáticos suelen tener las tasas más bajas de IMC poco saludable.³⁴
- **Factores emocionales:** un autoestima y autoimagen baja, la ansiedad, depresión, el rechazo social, pueden favorecer el sobrepeso y la obesidad.³⁵

F) Factores de riesgo de morbimortalidad

Los factores de riesgo son todas aquellas características que posee una persona, que la hacen más vulnerable al desarrollo de procesos mórbidos, estos se pueden encontrar en diversos ámbitos como en el medio ambiente, a nivel social, psíquico y algunos son hereditarios.³⁶

En el caso del sobrepeso y la obesidad, se indican cuáles son los factores de riesgos absolutos, relativos y cardiovasculares.

F.1) Factores de riesgo absolutos

Los factores de riesgo absoluto, también conocidos como exceso de riesgo o riesgo atribuible, responden a la pregunta ¿Cuál es el riesgo adicional de enfermarse que es consecuencia de la exposición? Con este tipo de riesgos se da la posibilidad de estimar la magnitud del problema de salud que representa una exposición, el cual va a depender de la frecuencia de la enfermedad.³⁶

Entre estos se señalan los siguientes:³¹

- Cardiopatía coronaria establecida.
- Enfermedades ateroscleróticas.

- Diabetes mellitus tipo 2.
- Síndrome de apnea del sueño.

F.2) Factores de riesgo relativos

La relación existente entre exposición y enfermedad, es lo que se conoce como un factor de riesgo relativo. Básicamente, indica la probabilidad de desarrollar una enfermedad en aquellas personas expuestas al factor, versus aquellas que no lo están.³⁶ Por ejemplo, las enfermedades asociadas a la obesidad como:³¹

- Las alteraciones ginecológicas.
- Artrosis.
- Colelitiasis.

F.3) Factores de riesgo cardiovasculares

Los factores de riesgo cardiovasculares, son aquellas condiciones propias de una persona que traen consigo afecciones a nivel cardiaco, dentro de ellas se tiene:³¹

- El tabaquismo.
- La hipertensión arterial.
- El aumento de LDL colesterol.
- La disminución del HDL colesterol.
- Los triglicéridos elevados.
- La glucemia de ayuno alterada.
- La historia familiar de cardiopatía coronaria prematura o muerte súbita en familiar de sexo masculino (de primer grado) antes de los 55 años o en familiar de sexo

femenino (de primer grado) antes de los 65 años, edad \geq a 45 años para el hombre y \geq de 55 años para la mujer o en posmenopausia.

- Los antipsicóticos.
- Los β bloqueantes.

G) Signos y síntomas

Las manifestaciones clínicas varían según cada persona, es muy probable que no se experimente lo mismo, ni en el mismo momento y mucho menos con la misma intensidad, sin embargo; existe una serie de indicadores que funcionan como guía para determinar la condición en la que se encuentra un individuo. Cabe destacar que, para el sobrepeso y la obesidad, no se presenta una sintomatología específica, por lo que puede ser confundida con otras afecciones. Las siguientes son algunas de las características que pueden desarrollarse en una persona cuya condición de salud esté comprometida por dichas condiciones: ³⁴

- Incremento de tallas.
- Exceso de grasa en cintura.
- Fatiga posterior a la realización de acciones simples como colocarse los zapatos.
- Incremento de peso confirmado por báscula.
- Lumbalgia.
- Incontinencia urinaria.

H) Diagnóstico

Los exámenes de laboratorio tomando en cuenta la glucemia basal, el perfil lipídico completo con el que se estima el colesterol total, el HDL, el LDL y triglicéridos, así como el hemograma, el ácido úrico y la valoración de la función renal, por mencionar algunos,

son estudios que pueden revelar datos sumamente importantes para evaluar la condición en la que se encuentra una persona con sobrepeso u obesidad.³¹

I) Tratamiento

Los medios orientados a la prevención, curación o alivio de síntomas o propiamente de las enfermedades son distintos, cuyos objetivos pretenden la pérdida de peso, mantenimiento del peso dentro de rangos deseables, evitar el aumento del mismo, así como reducir los factores de riesgo e incluso el cambio de hábitos y conductas. A continuación, se enlista el tratamiento recomendado para aquellas personas que presenten sobrepeso u obesidad:

- **Prevención y tratamiento de comorbilidades:** el objetivo de estas acciones es evitar un compromiso mayor de la salud del individuo, actuar frente a posibles condiciones que lleven a la persona al desarrollo de sobrepeso u obesidad y controlar aquellas que ya estén presentes.³⁷
- **Aumento del consumo de agua:** preferir el agua ante cualquier otra bebida que disponga de un alto contenido energético, calórico o con exceso de azúcar, ya que el consumo de estas es un factor que propicia la aparición de obesidad.³⁷
- **Apoyo psicológico:** se han elaborado numerosos estudios donde se evidencia la ansiedad como principal causante de obesidad, la ayuda psicológica puede ayudar a mejorar esta situación, también puede colaborar con el afrontamiento de su condición y con la consecución de objetivos como la pérdida de peso.³⁵
- **Farmacoterapia:** se puede hacer uso de medicamentos que ayuden a eliminar la grasa del organismo o la absorción de la misma, como el orlistat³⁴, no obstante; es importante recordar que el acceso a estos debe estar bajo prescripción médica.
- **Alimentación saludable:** se necesita que las personas reconozcan cuáles son los alimentos que cuentan con las vitaminas, proteínas y demás nutrientes necesarios

para el organismo. Deben comprender que una alimentación saludable no es dejar de comer, comer menos o hacer dietas estrictas; sino saber qué y cómo hacerlo. Cumplir con todos los tiempos de comida, así como evitar el consumo de grasas, carbohidratos y azúcares. ³⁴

- **Actividad física:** no necesita pagar un gimnasio sumamente caro para lograr este punto, existen diversas alternativas bastante accesibles, por ejemplo, las caminatas, lo fundamental en este caso es cumplir con la cantidad de actividad física recomendada. ³⁴
- **Terapia conductual:** donde se modifica la conducta de la persona y por consiguiente, su estilo de vida, para que por medio de planes personalizados vaya transformando sus hábitos poco saludables. ³⁴
- **Intervenciones quirúrgicas:** la derivación gástrica, con lo que se reduce la cantidad de alimento que se puede consumir y la cantidad de grasa que el cuerpo puede absorber y acumular. La gastrectomía, de igual forma ayuda a reducir la cantidad de alimento que se puede consumir. La banda gástrica, se forma un estómago más pequeño y como los procedimientos anteriores, ayuda a reducir la cantidad de alimento que se puede consumir y la cirugía bariátrica, cuando hay un $IMC \geq 35\text{kg/m}^2$. ³⁴

J) Complicaciones

Las repercusiones generadas en relación con la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, es el desarrollo de diversas patologías a nivel cardiovascular (hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca congestiva, cardiopatía isquémica), complicaciones metabólicas (diabetes mellitus, dislipemias, síndrome metabólico), enfermedades respiratorias (disnea, apnea obstructiva del sueño), cáncer (esófago, colon, recto, vesícula, mama, endometrio,

próstata), complicaciones gastrointestinales (reflujo gastroesofágico, litiasis vesicular), del músculo esquelético (gota, inmovilidad, artrosis, lumbalgia).³¹

La mujer puede desarrollar síndrome de ovario poliquístico, infertilidad y un aumento del riesgo perinatal. En el caso de la piel también es posible observar alteraciones (estrías, celulitis, forunculitis), la proteinuria, síndrome nefrótico, enfermedades periodontales son otras alteraciones asociadas a la obesidad. Incluso hay consecuencias psicosociales como la depresión, baja autoestima, discriminación y estigmatización social.³¹

K) Prevención

Las propuestas planteadas por la OMS para reducir la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, se señalan a continuación:

- Limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total y de azúcares⁷. Es decir, evitar o disminuir el consumo de alimentos con un contenido elevado de ambos componentes, los cuales tienen la peculiaridad de ser adictivos, muchas veces se encuentran ocultos en galletas, refrescos gaseosos, golosinas, snacks y frituras y con facilidad se convierten en grasa.^{31,38}
- Aumentar el consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos, porque como se ha logrado definir a lo largo de este escrito, estos son los alimentos vitales para el funcionamiento óptimo del organismo, aportan las vitaminas, proteínas y todos los nutrientes necesarios para su desempeño.⁷
- Realizar actividad física periódica, se recomiendan 60 minutos diarios para los jóvenes y 150 minutos semanales para los adultos.⁷

La industria alimentaria juega también un papel muy importante, ellos pueden colaborar con la promoción de dietas sanas mediante acciones como las siguientes:⁷

- Reduciendo el contenido de grasa, azúcar y sal de los alimentos procesados.
- Asegurando que las opciones saludables y nutritivas estén al alcance de todos los consumidores.
- Limitando la comercialización de alimentos ricos en azúcar, sal y grasas.

2.2 MODELOS Y TEORÍAS

2.2.1 Modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender

Esta investigación está basada en la teoría de Nola J. Pender, denominada “Modelo de promoción de la salud”. Pender nace el 16 de agosto de 1941 en Lansing, Michigan. En 1962 obtiene su diploma y en 1964 se gradúa en Enfermería. Tiene un máster en Crecimiento y Desarrollo Humano, otro en Enfermería de Salud Comunitaria y un doctorado en Psicología y Educación. Considera que enfermería es una profesión para ayudar a los usuarios a cuidarse ellos mismos. Es importante mencionar, que ella ha publicado artículos en relación con la promoción de la salud, cuyos temas tratan sobre el ejercicio físico, cambios en la conducta y prácticas de relajación.³⁹

2.2.2 Metaparadigmas

Enfermería: los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida. Son quienes se encargan de motivar a los usuarios para que logren mantener un óptimo estado de salud.³⁹

Persona: individuo que busca crear condiciones de vida por medio de las cuales pueda expresar su propio potencial de salud humana, así como regular de forma activa su propia conducta.³⁹

Entorno: las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, no solo transforman progresivamente el entorno, sino que poco a poco ellos van siendo transformados. La relación persona- entorno es fundamental para realizar el cambio de conducta.³⁹

Salud: estado positivo caracterizado por el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.³⁹

2.2.3 Modelo de promoción de la salud (MPS)

Pender señala que dentro de las características y las experiencias que afectan la toma de decisiones en cada individuo, ya sea de manera positiva o negativa en relación a su salud, están las siguientes:

- **Conducta previa relacionada:** describe las experiencias pasadas, que pudieran tener efectos directos o indirectos, capaces de interferir en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de salud.³⁹ Un ejemplo de esto es cuando una persona disminuye o anula el consumo de frituras buscando la pérdida de peso, pero que, a pesar de ello no ve mejoras. Probablemente a futuro pierda ese interés y continúe con ese mal hábito.
- **Factores personales:** pueden ser biológicos (la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la fuerza, la agilidad y el equilibrio), psicológicos (la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de salud) y socioculturales (la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico).³⁹ Como se aprecia, hay factores modificables y otros que no, pero todos se relacionan de una u otra forma con el tema de esta investigación, pues son aspectos colaboradores para que un individuo presente una determinada malnutrición.

- **Beneficios percibidos de acción:** son los resultados positivos anticipados o esperados que pueden motivar a una persona a adquirir conductas de promoción de la salud. ³⁹ Por ejemplo, una persona cuya actividad física es constante y en su alimentación evita la ingesta de comida grasosa, espera que su nivel de colesterol no esté elevado. Si dentro de los resultados de laboratorio obtiene un panorama distinto, quizás cambie su visión a futuro.
- **Barreras percibidas de acción:** son bloqueos anticipados reales o imaginarios, que influyen en las conductas de salud. ³⁹ Si a una persona se le establece bajar cierta cantidad de peso, mayor que en otras ocasiones en las cuales no lo ha logrado, probablemente se quede en el “no voy a poder”.
- **Autoeficacia percibida:** tiene influencia sobre las barreras de acción percibidas, consiste en el juicio de cada persona para organizar y ejecutar una determinada conducta de salud. ³⁹
- **Afecto relacionado con la actividad:** envuelve todos esos sentimientos que se desarrollen a lo largo de una conducta (desde su inicio hasta el final), los deseos, emociones, motivaciones, los cuales influyen en la consecución de una acción, por lo que este aspecto y la autoeficacia percibida tienen una estrecha relación. ³⁹
- **Influencias interpersonales:** conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás, como las normas, apoyo social y la modelación (aprendizaje indirecto que se lleva a cabo mediante la observación de los demás). ³⁹ Este punto se puede asociar con una situación muy común en la actualidad, hay personas que tienen la creencia de que, a mayor peso, mejor estado de salud se tiene, lo que genera una normalización de la problemática y obstaculiza la conducta de cambio.
- **Influencias situacionales:** son aquellas características del entorno que influyen en la ejecución de conductas promotoras de salud, como mantener una dieta sana,

realizar actividad física regularmente, controlar el estrés, patrón de sueño adecuado, entre otras.³⁹ Están ligadas al aspecto anterior, ya que las personas se basan en su mayoría en lo que la sociedad estipula.

- **Compromiso con un plan de acción:** la ejecución de conductas promotoras requiere del compromiso de la persona, de su iniciativa y capacidad para el establecimiento de estrategias que le permitan lograr una determinada conducta en salud.³⁹ Este es uno de los aspectos más importantes que se proponen en esta teorizante, pues si una persona por más ayuda que reciba, no se compromete a mejorar, no va a poder visualizar cambios positivos. No es funcional brindar educación acerca de una adecuada alimentación, tiempos de comida, métodos de cocción y demás, si el sujeto no pone en práctica ese conocimiento.
- **Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas:** son circunstancias personales y/o del entorno que facilitan o complican la elección de conductas de salud.³⁹
- **Conducta promotora de salud:** meta del MPS, es el resultado final de la acción positiva que se haya elegido, es decir; las acciones que lleven a un individuo a tener un estado de salud óptimo.³⁹ Implica el análisis y cumplimiento de todos los supuestos previamente citados, que como se observa, engloba distintos aspectos propios y externos de un individuo. Al final todo depende de qué se quiere, qué se tiene y hacia dónde se quiere llegar.

La teorizante se adapta al estudio del sobrepeso y la obesidad, el cual es un problema de salud pública que está afectando a gran cantidad de personas. La razón principal por la que se selecciona es para analizar el motivo por el cual se toman ciertas decisiones en salud, tratar de comprender cómo las características y experiencias individuales, en conjunto con

los conocimientos y la conducta, influyen de manera significativa para que las personas tengan iniciativa o no en todo lo relacionado con su salud.

El modelo procura que todas y cada una de las personas, adquieran un estilo de vida que les garantice un estado de salud óptimo, libre de patologías o complicaciones. Todo esto, mediante acciones que lleven a generar conciencia, para actuar de manera oportuna en la promoción de la salud y prevención del desarrollo de enfermedades, y así evitar todas esas eventualidades que requieran de la hospitalización de los mismos.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque es de tipo cuantitativo, ya que dentro de sus características resalta la necesidad de medir la magnitud de los problemas de investigación; usando la recolección de datos para probar una hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico.⁴⁰

El tipo de enfoque cuenta con una característica muy importante, con ellos se pretende confirmar los fenómenos investigados, por lo tanto; se establecen patrones de comportamiento, porque hay una realidad que conocer para probar las hipótesis o teorías planteadas previamente.⁴⁰

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El alcance de la investigación es el estudio descriptivo, ya que se busca especificar características importantes del fenómeno o la población que se está analizando, detallando los hechos como son observados. Con este tipo de investigación, se describe cómo es ese fenómeno y de qué manera se manifiesta, buscando exponer las diversas dimensiones que lo conforman.⁴⁰

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

3.3.1 Población

La población analizada corresponde a personas entre los 20 a 64 años, de los distritos de Santiago y Santa Ana. El distrito de Santiago tiene una población total de 2036 habitantes, mientras que el distrito de Santa Ana tiene una población total de 8543. Estos datos son recopilados del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC); del apartado de estimaciones y proyecciones de la población 2019.⁴¹

3.3.2 Muestra

La muestra es no probabilística ⁴⁰, ya que se hace uso del muestreo de tamaño fijo, el cual como su nombre lo indica, cuenta con un tamaño determinado con anticipación. El total de encuestas aplicadas es de 240, 120 del distrito de Santiago y las otras 120 de Santa Ana.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla N°1

Criterios de inclusión y exclusión de los participantes en el estudio del estilo de vida de las personas de 20 y 64 años de edad en relación con la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, distritos de Santiago y Santa Ana, II Cuatrimestre 2019.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Persona masculina o femenina.	Personas con diagnóstico de hipotiroidismo.
Edades entre los 20 y 64 años.	Personas con edema generalizado.
Residentes de los distritos de Santiago y Santa Ana.	Personas con ascitis.
	Mujeres gestantes.
	Personas que se rehúsen a participar.

Elaboración propia, 2019.

3.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de los datos obtenidos se hace mediante un cuestionario, ya que se tiene la posibilidad de elaborarlo en formato digital, siendo este una forma práctica y flexible de aplicación. El instrumento se constituye de 51 preguntas, dentro de ellas hay cerradas, abiertas y semicerradas. Está subdividido en tres secciones; en la primera parte se consulta

sobre datos sociodemográficos, en la segunda sobre estilos de vida y en la tercera, acerca de la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Al finalizar dichas secciones, se llega a la etapa final, en donde se procede a tomar las diversas mediciones como lo es el peso (para lo que se hace uso de una báscula electrónica debidamente calibrada), la talla (haciendo uso de un tallímetro de pared), IMC, así como indicar la condición en la que se encuentra cada individuo.

Dicho cuestionario es aplicado a 240 sujetos, dentro de los cuales 120 corresponden a personas del distrito de Santiago y las 120 personas restantes, al distrito de Santa Ana. El formulario se realiza por medio de la plataforma de Google, por lo que el acceso al mismo es digital, cabe destacar que dentro de este se incorpora el consentimiento informado, el cual fue requisito para poder continuar con la encuesta. (Ver anexo N°2)

3.4.1 Validez del cuestionario

La validez del instrumento se obtiene durante la ejecución del plan piloto, el cual se desarrolla en el distrito de Buenos Aires, Palmares, provincia Alajuela y Brasil, Santa Ana, provincia San José, con un total de 40 personas, 20 sujetos por sector. Cada una de ellas aporta una serie de recomendaciones a partir de la aplicación del mismo, las cuales son necesarias para efectuar mejoras en el cuestionario.

3.4.2 Confiabilidad del cuestionario

La valoración del cuestionario es empleada por el estadista de la Universidad Hispanoamericana, el señor Roger Bonilla, quien, por medio del cálculo del Alpha de Cronbach, mide la consistencia interna del instrumento aplicado. Se adquiere como resultado un 70% satisfactorio, lo que muestra una fuerte relación entre las preguntas e indica una confiabilidad favorable del instrumento.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es de tipo no experimental, porque no hay manipulación de las variables; solo se pretende observarlas o medirlas en su estado natural para posteriormente analizarlas. A su vez, es de tipo transversal porque los datos se recopilan en un único momento. ⁴⁰

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
<p>Caracterizar a la población entre 20 y 64 años, según los aspectos sociodemográficos, en Santiago y Santa Ana, para el II cuatrimestre de 2019.</p>	<p>Aspectos sociodemográficos.</p>	<p>Corresponde al conjunto de características de dimensión social, estructura y evolución de la humanidad.⁴²</p>	<p>Son todas aquellas características que tiene una población.</p>	<p>Social</p>	<p>Estado civil Núcleo familiar Nivel económico Servicios básicos Nivel educativo Ocupación</p>	<p>Ítem 1,2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13</p>

				Demográfica	Sexo Edad Residencia Nacionalidad	
Describir el estilo de vida de las personas de 20 a 64 años, en relación con la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, distritos de Santiago y Santa	Estilo de vida.	Forma de vivir, son aquellas condiciones de vida que incluyen hábitos como la alimentación, higiene personal, el ocio, los modos	Es el conjunto de actitudes y aptitudes que adquiere una persona en su diario vivir.	Alimentación	Tipos y tiempos de comida Métodos de preparación	Ítem 14, 15,16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38,
				Higiene personal	Cantidad de descanso	

Ana, II Cuatrimestre 2019.		de relaciones sociales como la sexualidad y las relaciones familiares y los mecanismos de afrontamiento social. ²⁴			Tipo, duración y frecuencia de actividad física	39, 40, 41, 42, 43 y 44
				Ocio y tiempo libre	Tipo de actividades recreativas Frecuencia y cantidad del consumo de tabaco y alcohol	
				Relaciones sociales	Relación familiar, social y laboral	

				Mecanismos de afrontamiento	Formas de afrontamiento	
Identificar la prevalencia de sobrepeso y obesidad de la población de los distritos de Santiago y Santa Ana, II Cuatrimestre 2019.	Prevalencia de sobrepeso y obesidad	Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. ⁷	El sobrepeso y la obesidad son dos condiciones que se desarrollan por múltiples causas, las cuales desencadenan un acumulo excesivo de grasa corporal.	Índice de masa corporal	Peso Talla Antecedentes familiares y personales Manifestaciones clínicas	Ítem 45, 46, 47, 48, 49, y 50

3.7 PLAN PILOTO

El plan piloto se aplica a 20 personas tanto del distrito de Buenos Aires como el de Brasil, cuyas edades se encuentren entre los 20 a los 64 años. Los encuestados dan una serie de sugerencias, entre ellas está la necesidad de ampliar las opciones, por ejemplo, en la pregunta 9 sobre el ingreso económico, era necesario agregar la opción “otro” por si este era mayor o menor a los rangos establecidos. En la pregunta 12 sobre el aspecto laboral, se agrega la opción de “soy administradora del hogar” y “estoy pensionada (o)” quienes no se toman en consideración.

Las preguntas sobre frecuencia de consumo de alimentos, adquieren la opción “ocasionalmente”. Cuando se indaga por el tiempo de comida más pesado, se añade el consumo las mismas porciones por plan alimenticio y en la interrogante sobre el método de cocción, se permite la selección de varias alternativas porque suelen emplear diversas. Al consultar sobre el tipo de grasa y endulzante más utilizado, se incorpora “ninguno de los anteriores”, lo mismo ocurre al examinar la presencia de patologías.

La comprensión de palabras es otro factor que se modifica, en la pregunta 24 se modifica el término “preparada” por “condimentada”. En la 27 por confusión en cuanto a cantidad de horas sueño, se hace mención que es sin tomar en cuenta las siestas. Ligado a esto, en la 28 sobre buen descanso, se agrega la opción “a veces” porque el patrón no siempre es igual.

La pregunta 36 si consume o no alcohol, se adiciona, ya que antes estaba inmersa dentro de la 37 y no se logra obtener el resultado deseado, en esta última, se agrega la opción “otra”. Por último, en la 45 sobre la presencia de sobrepeso u obesidad en la familia, se añade la posibilidad de marcar “hermanos”.

3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La obtención de datos se logra por medio de la aplicación de encuestas, elaboradas con los formularios de Google, por lo que el acceso a este es de manera digital.

3.9 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

La hoja de cálculo de Excel es el método que se utiliza para tabular los datos, una vez culminada la etapa de recolección de los mismos, haciendo uso de figuras y tablas cuya representación sea concisa y entendible, donde se expongan las características de la problemática en estudio. Además, en aquellos casos donde las respuestas fueran similares, se emplea el uso de categorías para clasificarlas.

3.10 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos se analizan bajo los objetivos específicos previamente planteados, esto con la finalidad de obtener conclusiones precisas orientadas a alcanzarlos.

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 GENERALIDADES

El análisis se efectúa mediante la interpretación de los datos obtenidos a través de la información recolectada, el instrumento es aplicado a 120 personas de cada distrito, a quienes se les otorga de manera digital. Este posee un total de 51 ítems, en este capítulo se detallan los resultados a través de 7 tablas y 40 figuras, concluyendo con una discusión acerca de los mismos.

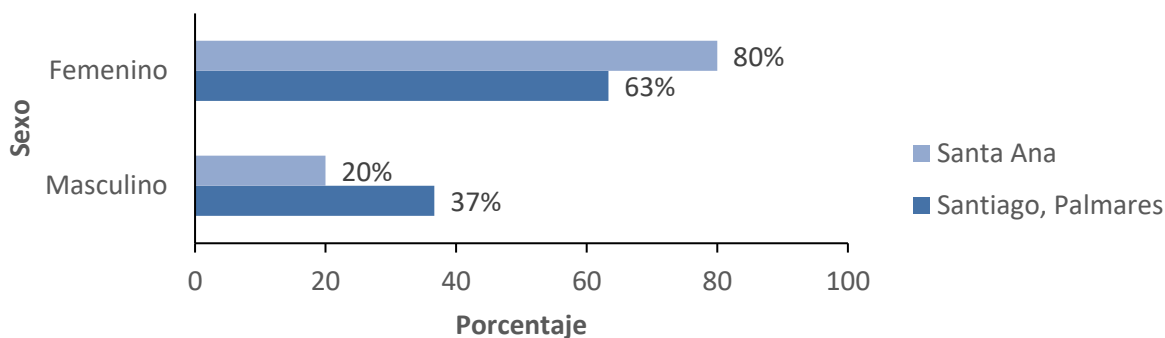


Figura N° 1 Distribución porcentual de la población según sexo, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El sexo femenino es el que predomina en ambos sectores. En el caso de Santiago le corresponde un 63% (n=76), mientras que a Santa Ana un 80% (n=96).

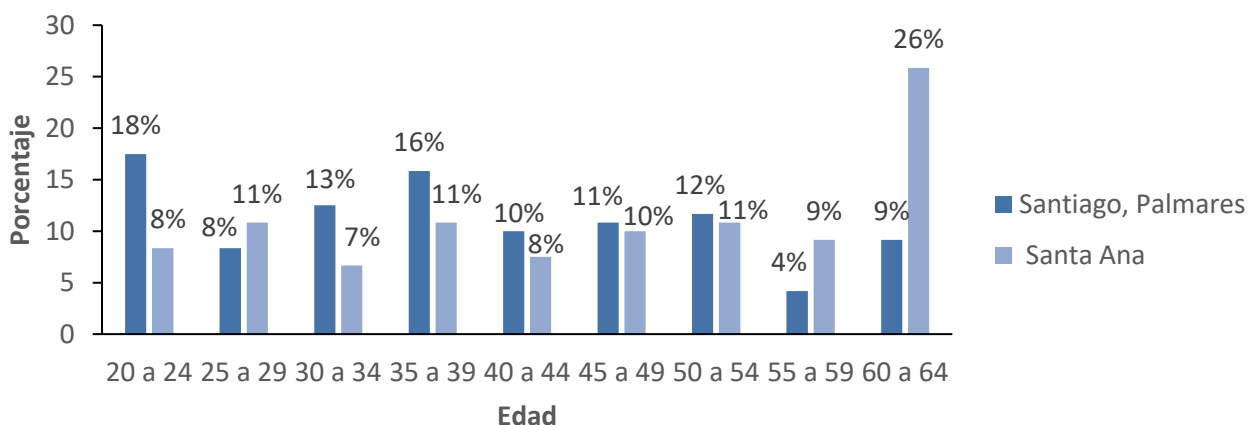


Figura N° 2 Distribución porcentual de la población según grupo de edad, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Los 20 a 24 años es el rango de edad que sobresale en Santiago, con un 18% (n=21), le sigue el grupo de los 35 a 39 años con un 16% (n=19), y, por último, el rango de los 30 a 34 años con un 13% (n=15). En Santa Ana el grupo de los 60 a 64 años es el que prevalece, con un 26% (n=31) y con un 11% (n=13) se encuentra el rango de los 25 a 29, 35 a 39 y 50 a 59 años.

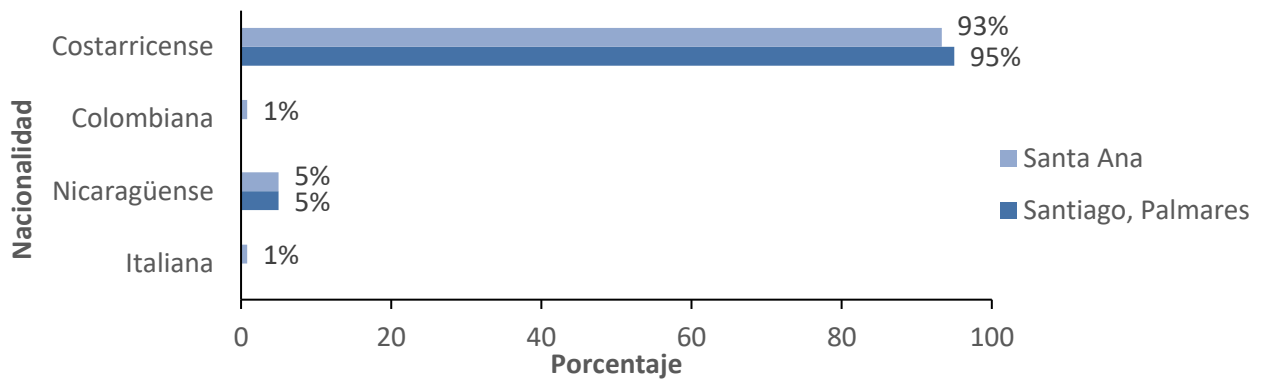


Figura N° 3 Distribución porcentual de la población según nacionalidad, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

La nacionalidad costarricense es la que destaca en ambos distritos, no obstante; con un 5% (n=6) se visualiza que en ambos sectores hay población nicaragüense. Santa Ana a diferencia de Santiago, presenta población colombiana e italiana.

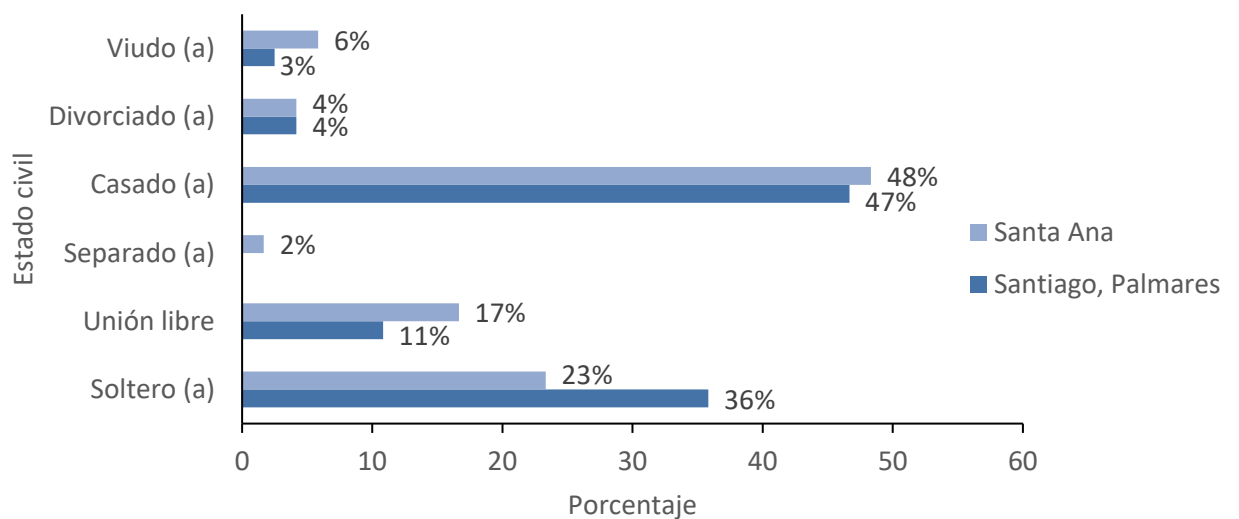


Figura N° 4 Distribución porcentual de la población según estado civil, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Los casados son los que encabezan en ambos sectores, en Santiago con un 47% (n=56), seguido de los solteros con un 36% (n=43) y los que están en unión libre con un 11% (n=13), mientras que en Santa Ana se encuentra un 48% (n=58) casados y un 23% (n=28) solteros y un 17% (n=20) en unión libre.

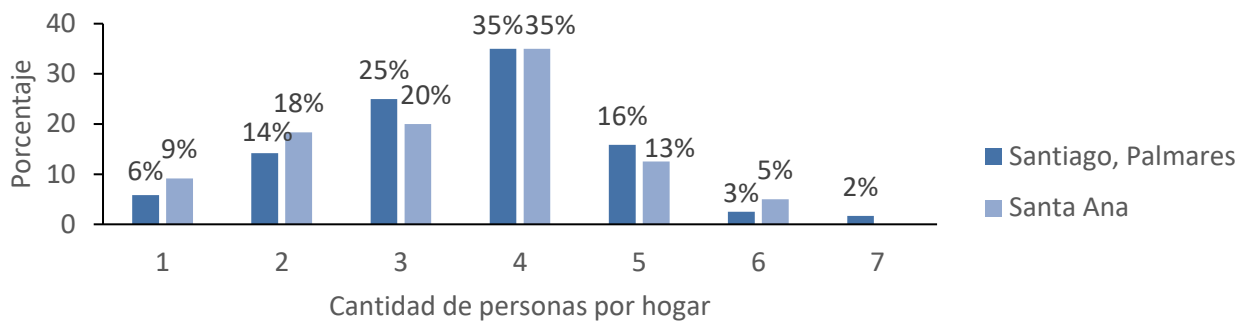


Figura N° 5 Distribución porcentual de la población según cantidad de personas por hogar, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Los dos distritos tienen como máximo cantidad de personas por hogar 4, es decir, el 35% (n=42). En Santiago le siguen las 3 y 5 personas, 25% (n=30) y 16% (n=19) respectivamente. Para Santa Ana también le siguen las 3 personas con un 20% (n=24), pero difiere en el tercer lugar, que lo ocupa el rango de 2 personas con un 18% (n=22).

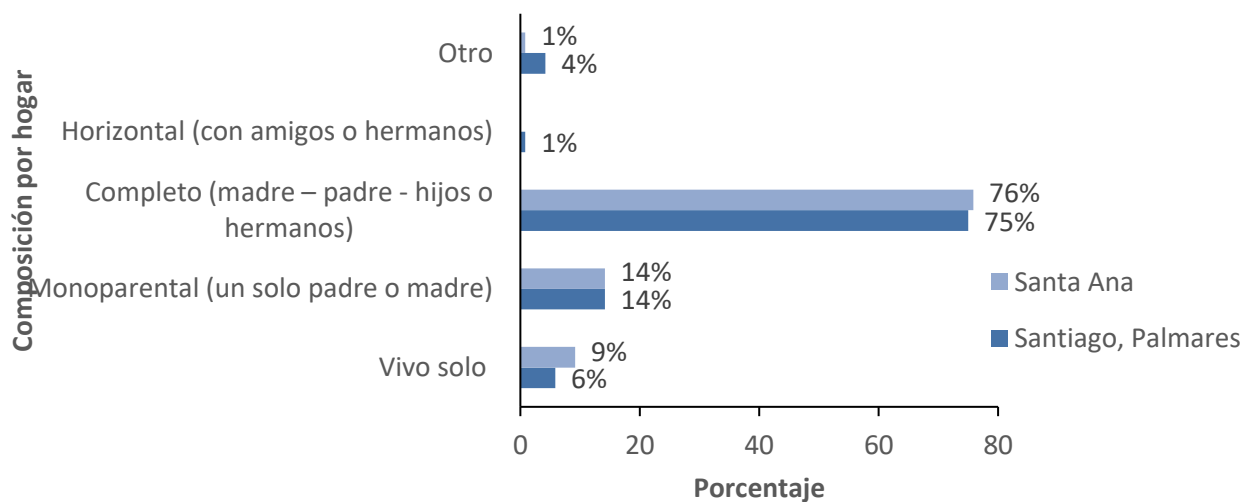


Figura N° 6 Distribución porcentual de la población según composición por hogar, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Los dos sectores tienen una composición por hogar de carácter completa en su mayoría, con un 75% (n=90) para Santiago y un 76% (n=91) para Santa Ana. Además, el monoparental está presente en ambos con un 14% (n=17).

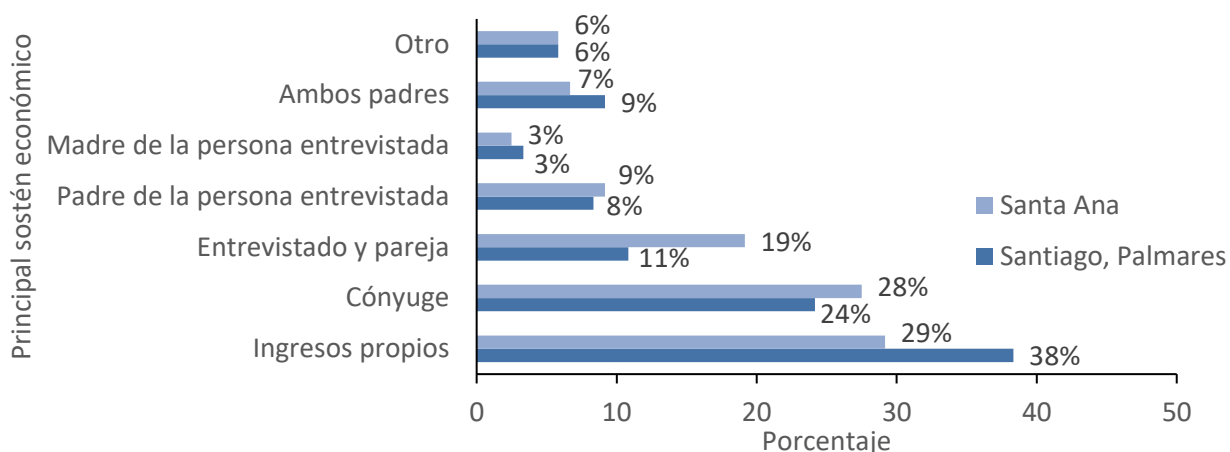


Figura N° 7 Distribución porcentual de la población según principal sostén socioeconómico, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Los ingresos propios son los que ocupan el mayor porcentaje en ambos sectores, en cuanto a ser el principal sostén económico del hogar, para Santiago el 38% (n=46) y Santa Ana 29% (n=35), a estos les sigue el cónyuge con un 24% (n=29) en Santiago y un 28% (n=33) en Santa Ana y el entrevistado y pareja, con un 11% (n=13) en Santiago y un 19% (n=23) en Santa Ana.

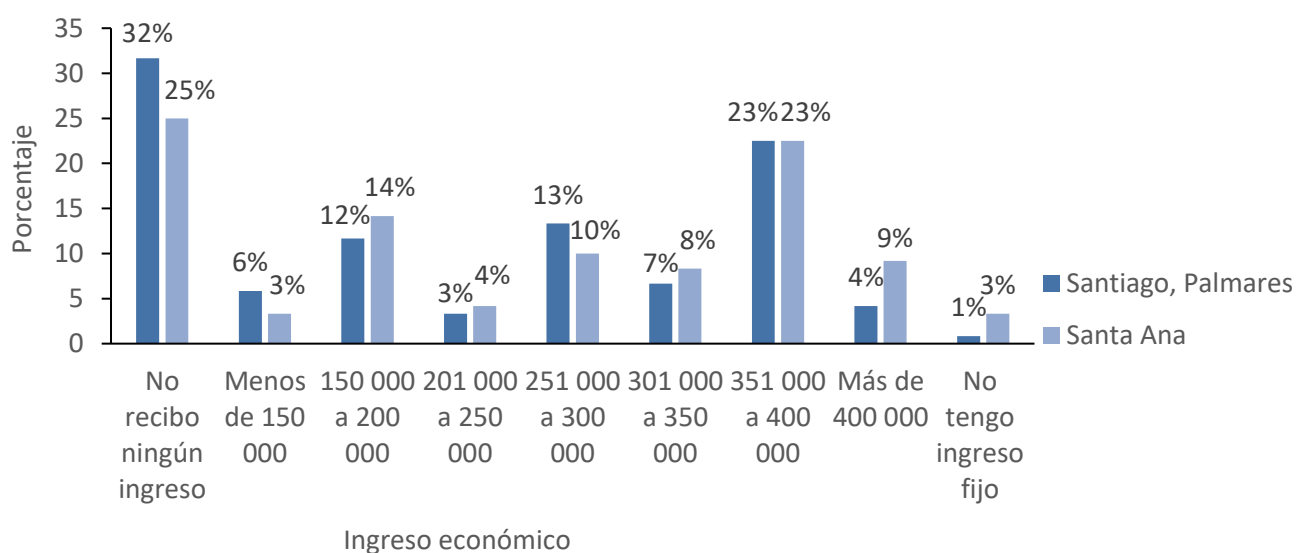


Figura N° 8 Distribución porcentual de la población según ingreso económico, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

La población de Santiago tiene un 32% (n=38) que no recibe ningún tipo de ingreso, en el caso de Santa Ana es el 25% (n=30). Para ambos sectores el ingreso económico más alto se ve reflejado entre los 351 000 a 400 000, con un 23% (n=27). El segundo ingreso más alto en Santiago es el de los 251 000 a 300 000, con un 13% (n=16) y para Santa Ana es el de los 150 000 a 200 000, con un 14% (n=17).

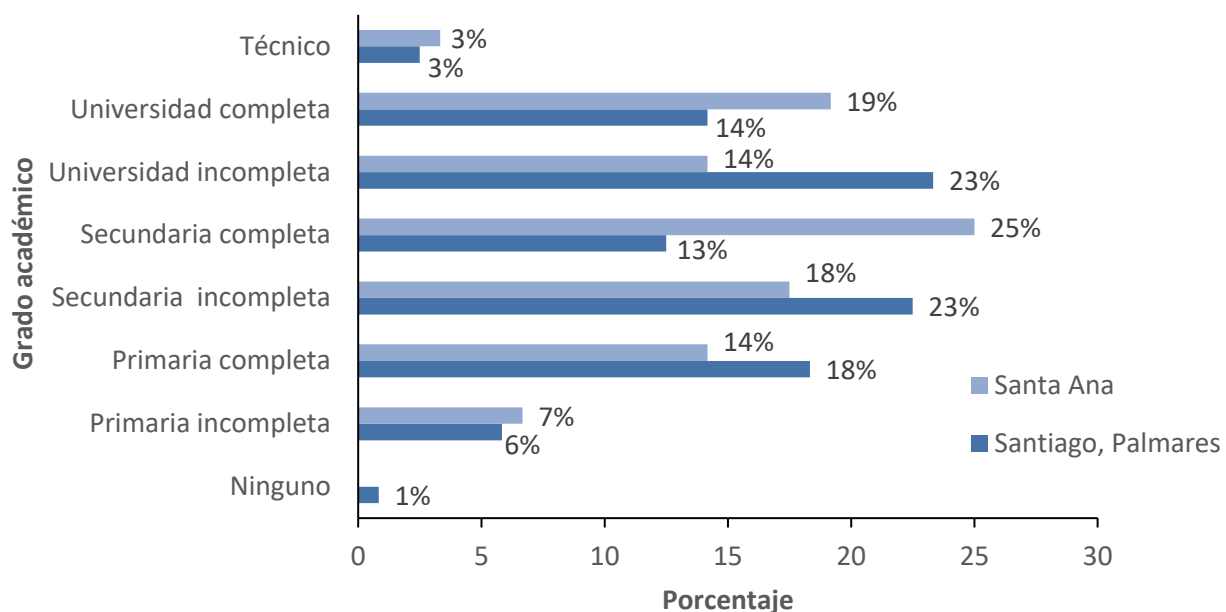


Figura N° 9 Distribución porcentual de la población según grado académico, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

La secundaria y universidad incompleta son los grados académicos sobresalientes en el distrito de Santiago, con un 23% (n=27) y 23% (n=28), y la primaria completa con un 18% (n=22). En Santa Ana ocurre todo lo contrario, la secundaria y universidad completa son las que predominan con un 25% (n=30) y 19% (n=23), seguido de la secundaria incompleta con un 18% (n=21).

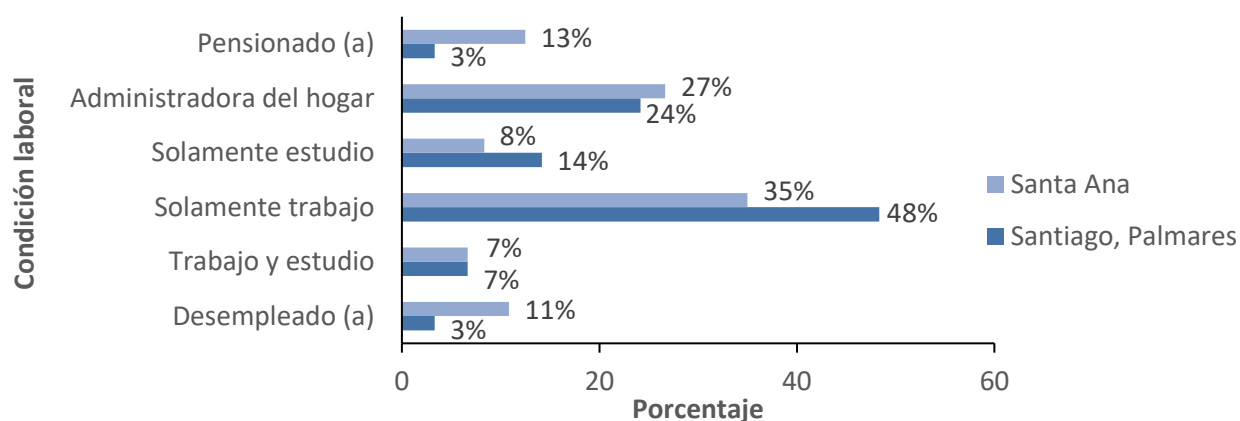


Figura N° 10 Distribución porcentual de la población según condición laboral, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

La población que solamente trabaja es la de mayor porcentaje en ambos distritos, para Santiago es el equivalente al 48% (n=58), mientras que para Santa Ana el 35% (n=42). Esto está continuado por las administradoras del hogar con un 24% (n=29) para Santiago y 27% (n=32) para Santa Ana. Finalmente, a los que solamente estudian en Santiago se les asigna un 14% (n=17) y en Santa Ana, a los pensionados un 13% (n=15).

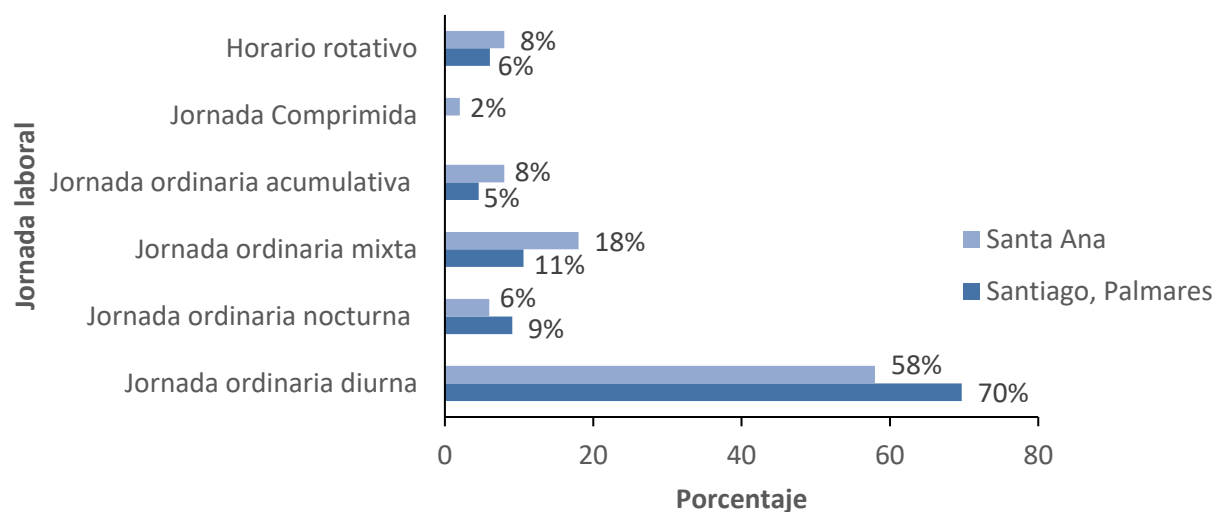


Figura N° 11 Distribución porcentual de la población según jornada laboral, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

La jornada ordinaria diurna es la que prevalece en ambos sectores, en Santiago con un 70% (n=46) y en Santa Ana con un 58% (n=29). Seguida de esta, se encuentra la ordinaria mixta, de igual manera aplica en ambos lugares, en Santiago con un 11% (n=7) y en Santa Ana con un 18% (n=9). La jornada ordinaria nocturna es otra de las que sobresale en Santiago con un 9% (n=6), mientras que en Santa Ana la ordinaria acumulativa y el horario rotativo ocupan el tercer lugar con un 8% (n=4).

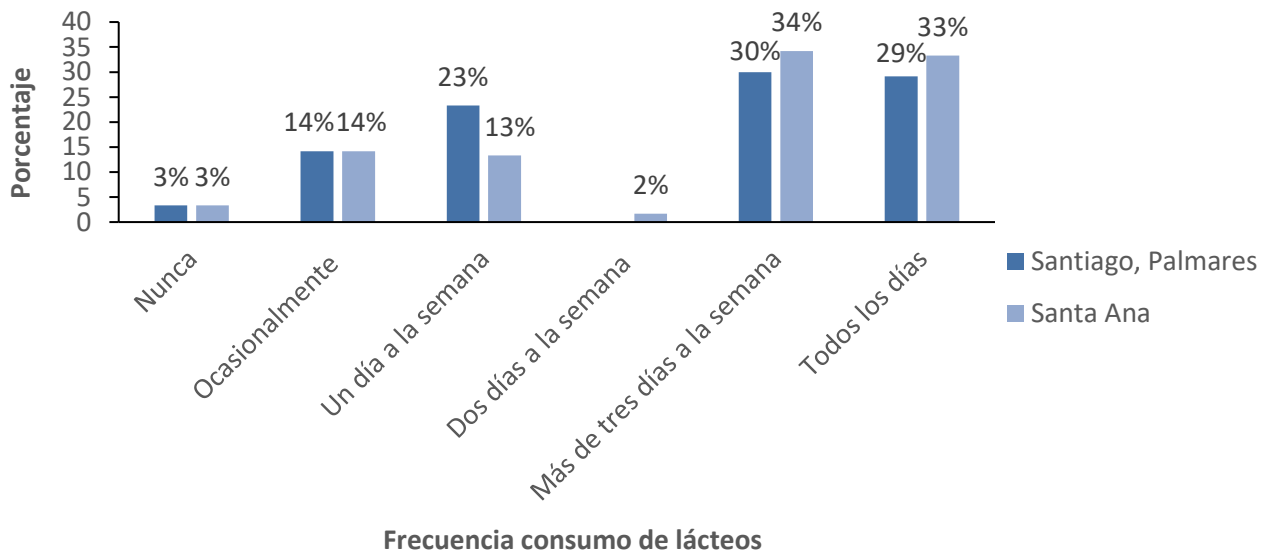


Figura N° 12 Distribución porcentual de la población según frecuencia de consumo de lácteos, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El consumo de lácteos en ambos sectores, se da mayoritariamente en más de tres días a la semana con un 30% (n=36) en Santiago y un 34% (n=41) en Santa Ana, el cual va de la mano con el diario con un 29% (n=35) en Santiago y un 33% (n=40) en Santa Ana. En el caso de Santiago, otra frecuencia de consumo que sobresale es la de un día a la semana con un 23% (n=28) y en Santa Ana la ocasionalmente con un 14% (n=17).

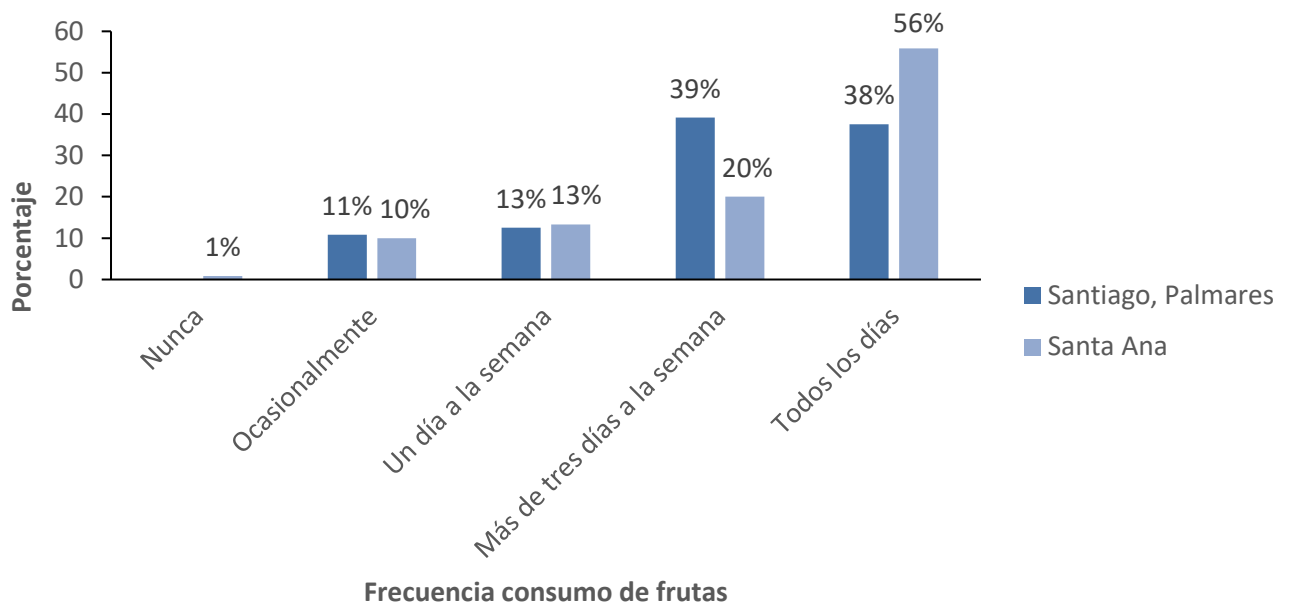


Figura N° 13 Distribución porcentual de la población según frecuencia de consumo de frutas, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El consumo de frutas se da con una frecuencia de más de tres días con un 39% (n=47), le sigue el consumo diario con un 38% (n=45) y, por último, el de un día a la semana con 13% (n=15) en el caso de Santiago. Para Santa Ana, consumir frutas todos los días se lleva el mayor puntaje con un 56% (n=67), luego está el consumo de más de tres días con 20% (n=24) y el de un día a la semana con un 13% (n=16).

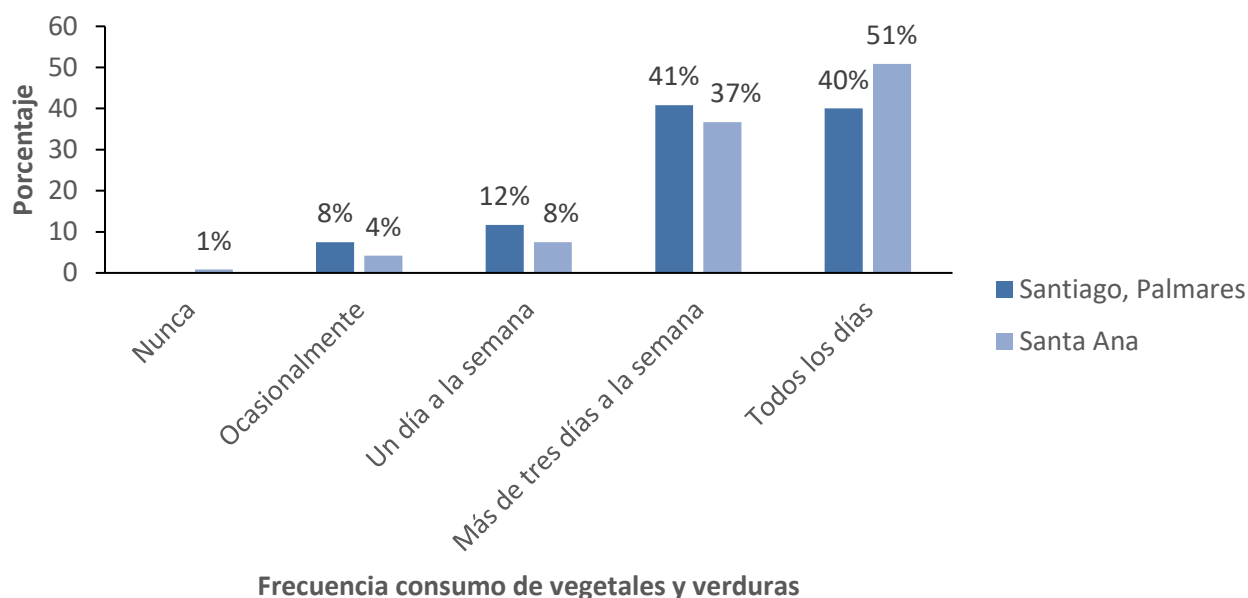


Figura N° 14 Distribución porcentual de la población según frecuencia de consumo de vegetales y verduras, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El consumo de vegetales y verduras se da con una frecuencia de más de tres días a la semana, según el 41% (n=49), el 40% (n=48) hace referencia a todos los días y el 12% (n=14) a un día a la semana, en el caso de Santiago. Los habitantes de Santa Ana refieren que el consumo de estos se da todos los días con un 51% (n=61), el 37% (n=44) indica que se da en más de tres días y el 8% (n=9) en solo un día.

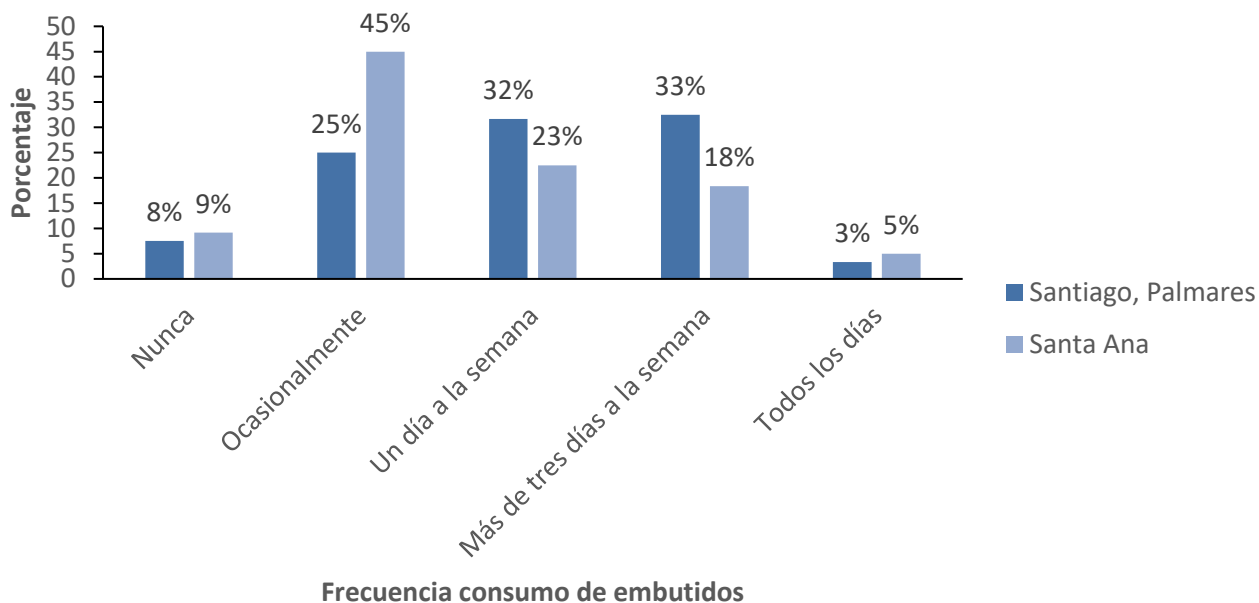


Figura N° 15 Distribución porcentual de la población según frecuencia de consumo de embutidos, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

La población de Santiago dice consumir embutidos más de tres días a la semana, según el 33% (n=39) de los encuestados, seguido de un 32% (n=38) que consumen un solo día y el 25% (n=30) que lo hacen de manera ocasional. En contraste, con un 45% (n=54), los habitantes de Santa Ana dicen ingerir embutidos ocasionalmente, con un 23% (n=27) un solo día a la semana y un 18% (n=22) más de tres días.

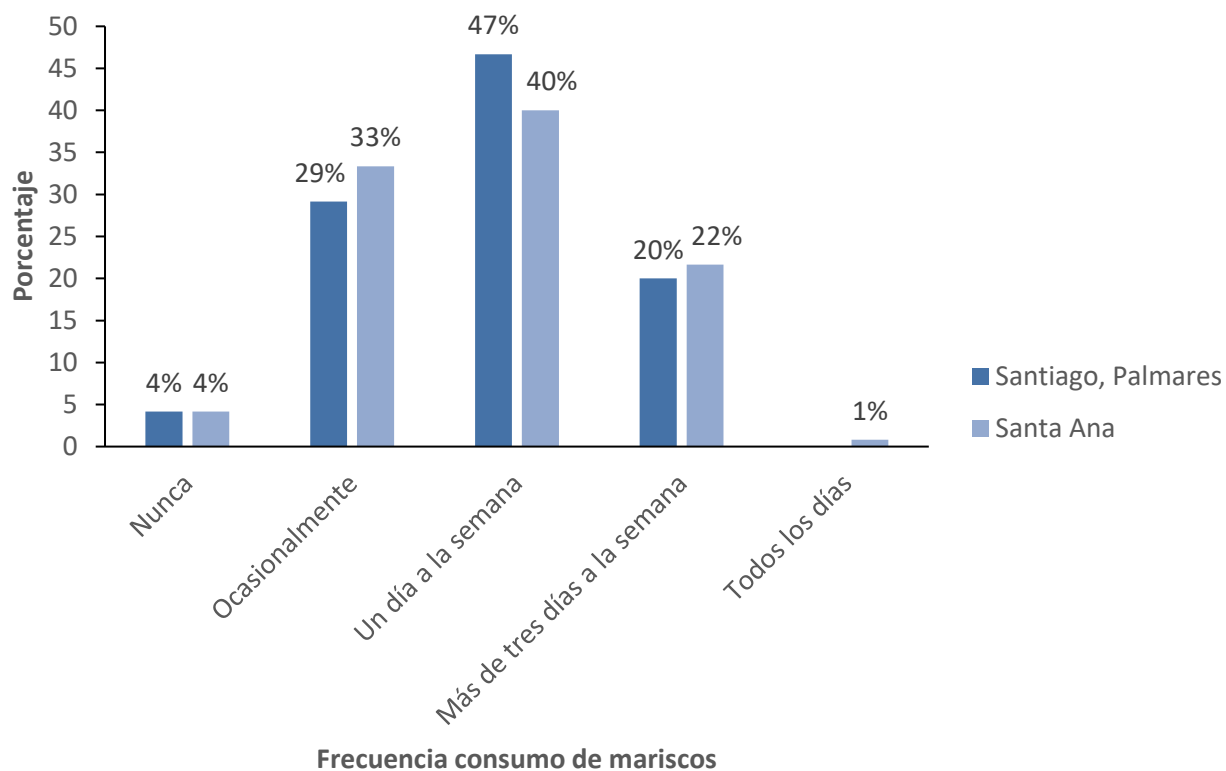


Figura N° 16 Distribución porcentual de la población según frecuencia de consumo de mariscos, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 47% (n=56) de Santiago indican comer al menos una vez a la semana, por su parte, 29% (n=35) revelan un consumo ocasional y el 20% (n=24) de más de tres días. En Santa Ana, el 40% (n=48) refiere que el consumo es de un día a la semana, el 33% (n=40) ocasionalmente y el 22% (n=26) de más de tres días.

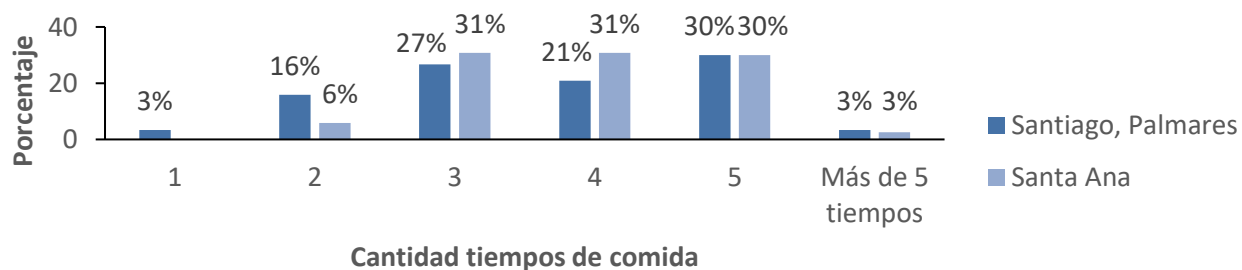


Figura N° 17 Distribución porcentual de la población según cantidad de tiempos de comida, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 30% (n=36) de los sujetos realiza 5 tiempos de comida en ambos sectores, un 27% (n=32) perteneciente a Santiago hace 3 tiempos y un 21% (n=25) hace 4. En Santa Ana el 31% (n=37) hace los 3 y 4 tiempos.

Tabla N° 1 Distribución porcentual de la población según tiempos de comida, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019.

Tiempos de comida	Porcentaje de respuestas Santiago, Palmares		Porcentaje de respuestas Santa Ana	
	Sí	No	Sí	No
Desayuno	81% (n=97)	19% (n=23)	94% (n=113)	6% (n=7)
Merienda (mañana)	54% (n=65)	46% (n=55)	63% (n=76)	37% (n=44)
Almuerzo	99% (n=119)	1 % (n=1)	100% (n=120)	0% (n=0)
Merienda (tarde)	33% (n=40)	67% (n=80)	33% (n=39)	68% (n=81)
Cena	98% (=117)	3% (n=3)	100% (n=120)	0% (n=0)
Colación nocturna	3% (=4)	97% (n=116)	3% (n=3)	98% (n=117)

Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 99% (n=119) de Santiago acostumbra a almorzar, el 98% (n=117) cena y solo un 81% (n=97) desayuna. En Santa Ana, el 100% (n=120) almuerza y cena y un 94% (n=113) desayuna.

Tabla N° 2 Distribución porcentual de la población según método de cocción, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019.

Método de cocción	Porcentaje de respuestas Santiago, Palmares		Porcentaje de respuestas Santa Ana	
	Sí	No	Sí	No
Asado	23% (n=28)	77% (n=92)	30% (n=36)	70% (n=84)
Hervido	62% (n=74)	38% (n=46)	68% (n=81)	33% (n=39)
Al vapor	14% (n=17)	86% (n=103)	35% (n=42)	65% (n=78)

Frito	78% (n=94)	22% (n=26)	53% (n=64)	47% (n=56)
A la plancha	20% (n=24)	80% (n=96)	45% (n=54)	55% (n=66)

Fuente: Elaboración propia, 2019.

El método frito es el que encabeza en Santiago, cuyo porcentaje es equivalente a un 78% (n=94), seguido de este, con un 62% (n=74) está el método de hervido y un 23% (n=28) el asado. En el caso de Santa Ana, el hervido con un 68% (n=81) es el principal, continuado por el frito con un 53% (n=64) y a la plancha con un 45% (n=54).

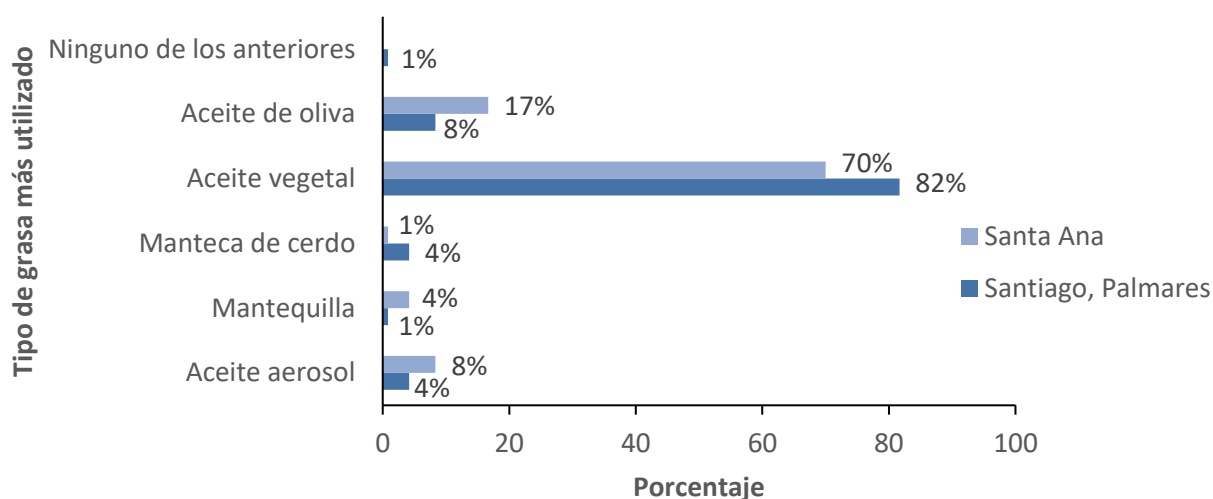


Figura N° 18 Distribución porcentual de la población según tipo de grasa más utilizado, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 82% (n=98) en Santiago concuerda con que el tipo de grasa más utilizado es el aceite vegetal, el uso del aceite de oliva se da solo en un 8% (n=10) y la manteca de cerdo sigue siendo utilizado por un 4% (n=5), mismo porcentaje que representa el aceite en aerosol. En Santa Ana también es el aceite vegetal el de mayor uso, con un 70% (n=84), con respecto al aceite de oliva, lo utiliza el 17% (n=20) y el de aerosol el 8% (n=10).

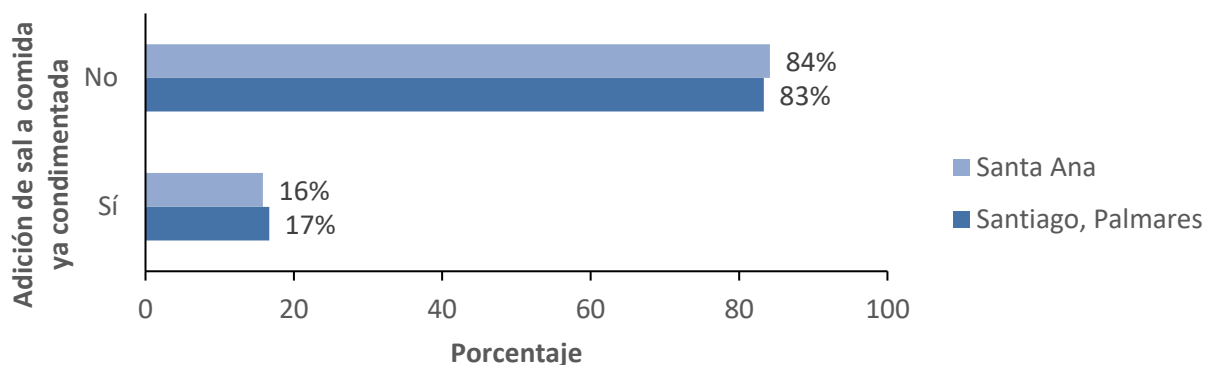


Figura N° 19 Distribución porcentual de la población según adición de sal, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Las dos localidades coinciden con la no adición de sal a la comida previamente condimentada, con un 83% (n=100) en Santiago y un 84% (n=101) en Santa Ana.

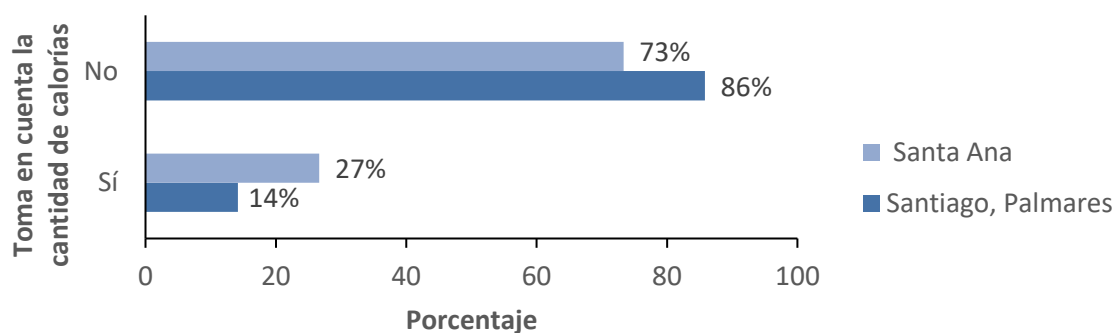


Figura N° 20 Distribución porcentual de la población según cantidad de calorías, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

La gran parte de los encuestados refiere no tomar en cuenta la cantidad de calorías de lo que compra o consume, solo el 14% (n=17) en Santiago dicen valorarlo, mientras que en Santa Ana solo el 27% (n=32) lo hace.

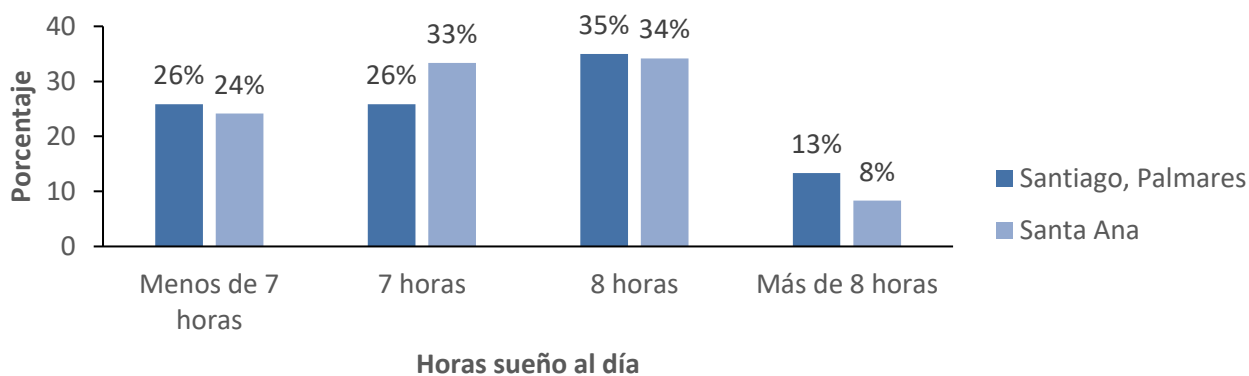


Figura N° 21 Distribución porcentual de la población según cantidad de horas sueño, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Las horas sueño de los dos distritos encabezan con las 8 horas, con un 35% (n=42) en Santiago y un 34% (n=41) en Santa Ana. El 26% (n=31) en Santiago dice dormir las 7 o menos de 7 horas y en Santa Ana el 33% (n=40) duerme 7 horas, pero el 24% (n=29) duerme menos de esas 7.

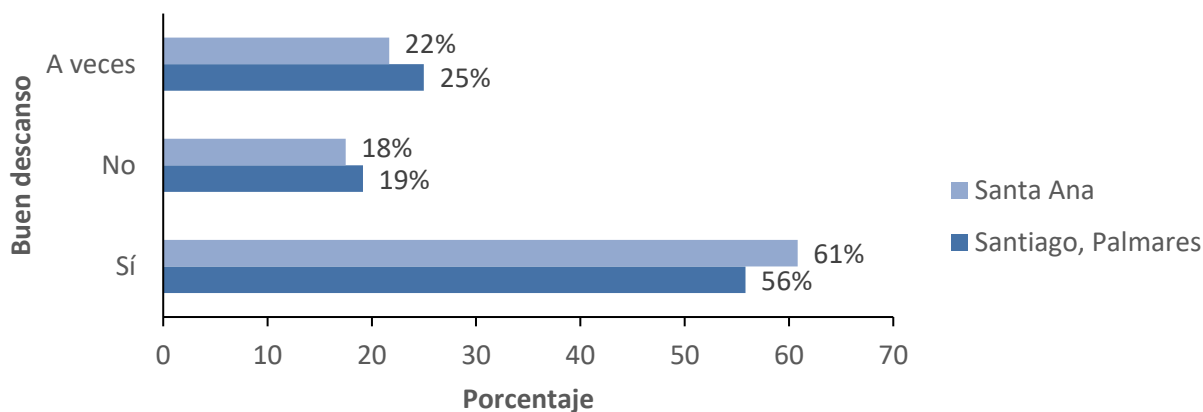


Figura N° 22 Distribución porcentual de la población según buen descanso, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 56% (n=67) de Santiago y el 61% (n=73) de Santa Ana, exteriorizan tener un buen descanso, pero el 25% (n=30) de los pertenecientes a Santiago, indican que solo a veces lo tienen, lo mismo ocurre con el 22% (n=26) de las personas de Santa Ana.

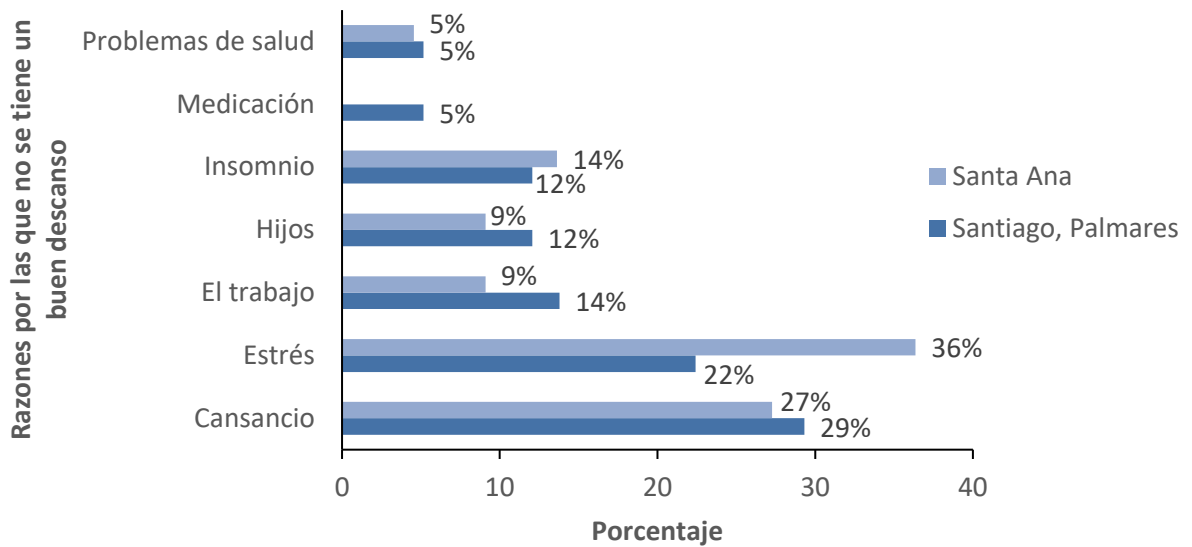


Figura N° 23 Distribución porcentual de la población según razones por las que no se tiene un buen descanso, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El cansancio es la principal razón según aquellos que indican no tener un buen descanso o tenerlo solo en algunas ocasiones, con 29% (n=17) en Santiago, mientras que al 22% (n=13) es el estrés y a un 14% (n=8) el trabajo. En Santa Ana es lo opuesto, el 36% (n=16) tiene como primer lugar el estrés, el 27% (n=12) el cansancio y 14% (n=6) el insomnio.

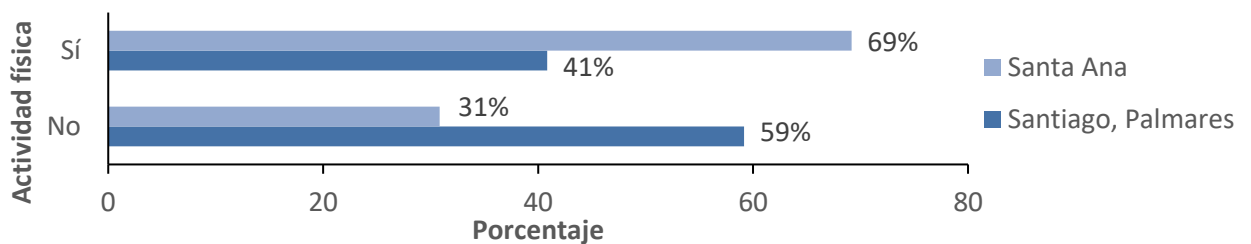


Figura N° 24 Distribución porcentual de la población según actividad física, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

La actividad física es mayor en Santa Ana, con un 69% (n=83), en Santiago el 59% (n=71) tiene actividad nula.

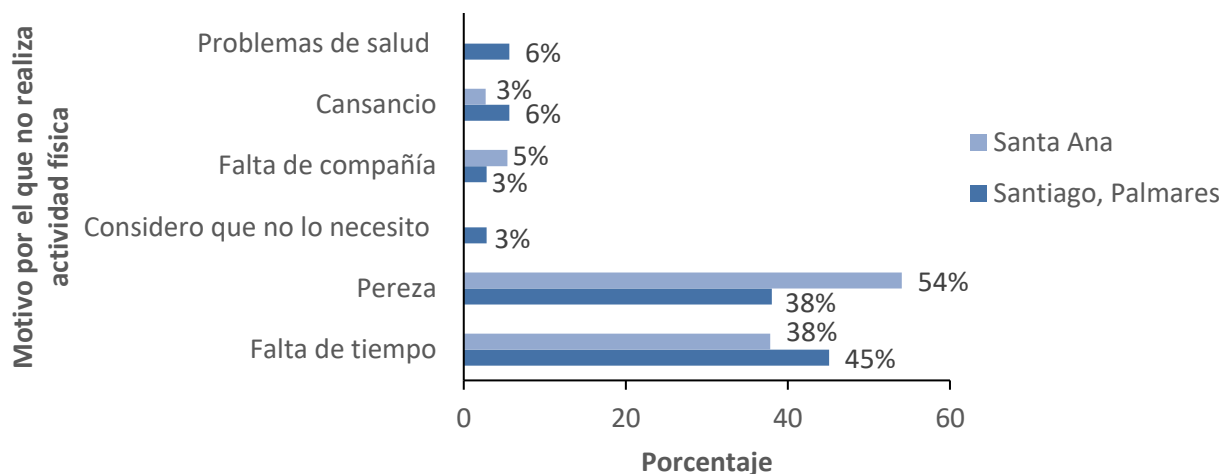


Figura N° 25 Distribución porcentual de la población según motivo por el que no se realiza actividad física, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

La población de Santiago indica no hacer actividad física por falta de tiempo con un 45% (n=32), seguido de un 38% (n=27) que dice tener pereza para hacerlo. Para Santa Ana, el principal motivo del 54% (n=20) es la pereza, mientras que el 38% (n=14) dice no disponer de tiempo.

Tabla N° 3 Distribución porcentual de la población según tipo de actividad física, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019.

Tipo de Actividad física	Porcentaje de respuestas Santiago, Palmares		Porcentaje de respuestas Santa Ana	
	Sí	No	Sí	No
Atletismo	6% (n=3)	94% (n=46)	1% (n=1)	99% (n=82)
Ciclismo	6% (n=3)	94% (n=46)	0% (n=0)	100% (n=83)
Natación	4% (n=2)	96% (n=47)	24% (n=20)	76% (n=63)
Caminatas	29% (n=14)	71% (n=35)	17% (n=14)	83% (n=69)
Fútbol	4% (n=2)	96% (n=47)	0% (n=0)	100% (n=83)

Voy al gimnasio	27% (n=13)	73% (n=36)	43% (n=36)	57% (n=47)
Danza	12% (n=6)	88% (n=43)	7% (n=6)	93% (n=77)
Zumba	10% (n=5)	90% (n=44)	2% (n=2)	98% (n=81)
Taichi	0% (n=0)	100% (n=49)	7% (n=6)	93% (n=77)
Otro	2% (n=1)	100% (n=49)	6% (n=5)	94% (n=78)

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Las caminatas son el tipo de actividad física más ejecutada en Santiago con un 29% (n=14), seguido del gimnasio con un 27% (n=13) y la danza con un 12% (n=6). Por su parte en Santa Ana, el 43% (n=36) suele ir al gimnasio, mientras que el 24% (n=20) asiste a natación y el 17% (n=14) hace caminatas.

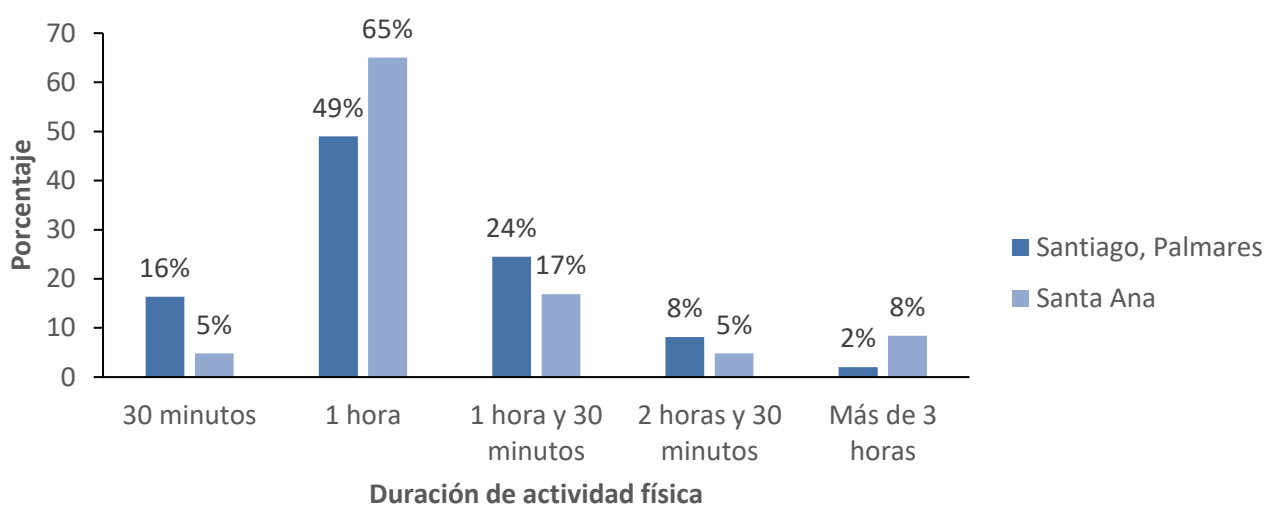


Figura N° 26 Distribución porcentual de la población según duración de actividad física, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 49% (n=24) de Santiago tiene una duración máxima por actividad física de 1 hora, así como el 65% (n=54) de Santa Ana.

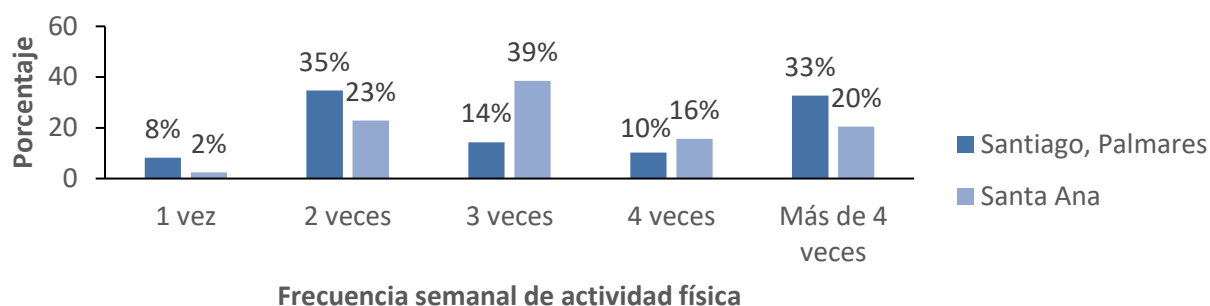


Figura N° 27 Distribución porcentual de la población según frecuencia semanal de actividad física, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

La frecuencia de actividad física es mayor en aquellos que la realizan en 2 ocasiones, representado por el 35% (n=17) de personas en Santiago, seguido de quienes hacen más de 4 veces, cuyo porcentaje es de 33% (n=16). Para Santa Ana hacer actividad física 3 veces es lo más común, un 39% (n=32) lo corrobora, mientras que el 23% (n=19) dice frecuentar dos veces.

Tabla N° 4 Distribución porcentual de la población según actividades recreativas, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019.

Actividades Recreativas	Porcentaje de respuestas Santiago, Palmares		Porcentaje de respuestas Santa Ana	
	Sí	No	Sí	No
Escuchar música	36% (n=43)	64% (n=77)	46% (n=55)	54% (n=65)
Ver televisión	49% (n=59)	51% (n=61)	56% (n=67)	44% (n=53)
Jugar videojuegos	8% (n=9)	93% (n=111)	5% (n=6)	95% (n=114)
Recreación familiar	65% (n=78)	35% (n=42)	63% (n=75)	38% (n=45)
Dormir	43% (n=52)	57% (n=68)	40% (n=48)	60% (n=72)
Navegar por internet	38% (n=46)	62% (n=74)	44% (n=53)	56% (n=67)
Comer	30% (n=36)	70% (n=84)	32% (n=38)	68% (n=82)

Realizar deporte	7% (n=8)	93% (n=112)	17% (n=20)	83% (n=100)
Salir de fiesta con amigos	19% (n=23)	81% (n=97)	17% (n=20)	83% (n=100)
Otra	8% (n=10)	92% (n=110)	10% (n=12)	90% (n=108)

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Los dos distritos coinciden con las actividades de ocio más seleccionadas, pero varían en porcentaje, la recreación familiar es lo más frecuente, en el caso de Santiago con un 65% (n=78) y Santa Ana con un 63% (n=75). Ver la televisión es lo que ocupa el segundo lugar, en Santiago el 49% (n=59) y Santa Ana el 56% (n=67) por último, en Santiago se ubica el dormir con un 43% (n=52) y en Santa Ana escuchar música con un 46% (n=55).

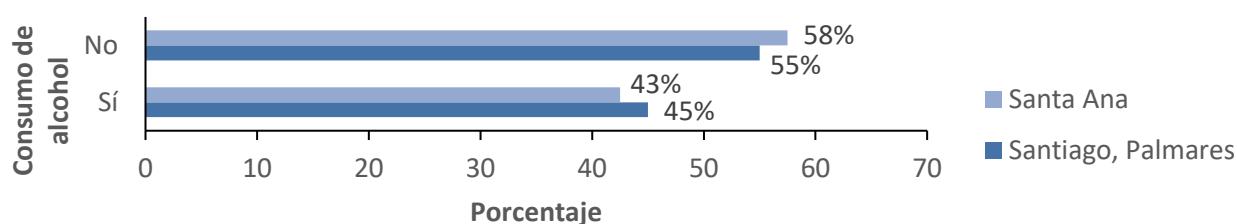


Figura N° 28 Distribución porcentual de la población según consumo de alcohol, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El consumo de alcohol se da más en Santiago, con un 45% (n=54) que, en Santa Ana, con un 43% (n=51).



Figura N° 29 Distribución porcentual de la población según frecuencia de consumo de alcohol, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 37% (n=20) de los encuestados en Santiago, indica que consumen alcohol mínimo una vez por semana mientras que en Santa Ana lo realiza el 29% (n=15). Para Santiago el consumo de una o dos veces por mes se da en el 30% (n=16), pero en el caso de Santa Ana, la mayor cantidad de personas consume con esta frecuencia, representado por el 43% (n=22).

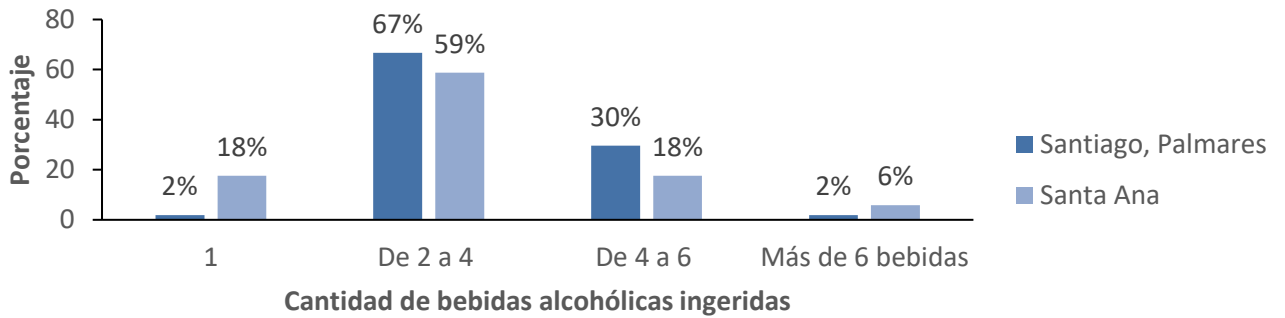


Figura N° 30 Distribución porcentual de la población según cantidad de bebidas alcohólicas ingeridas, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 67% (n=36) en Santiago y el 59% (n=30) en Santa Ana, representan la mayor cantidad de bebidas alcohólicas ingeridas, cuyo rango es de 2 a 4. Seguido en Santiago por un 30% (n=16) que ingieren de 4 a 6 bebidas, misma cantidad de bebidas que en Santa Ana representa el 18% (n=9).

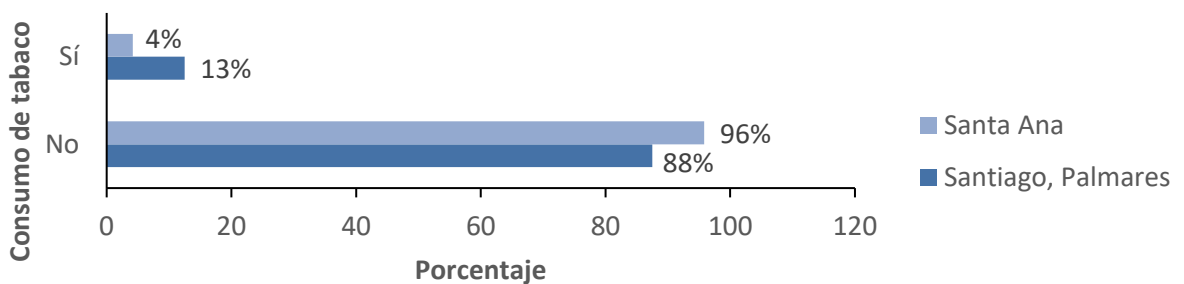


Figura N° 31 Distribución porcentual de la población según consumo de tabaco, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Los encuestados en Santiago refieren consumir tabaco con un 13% (n=15), en contraste con el 4% (n=5) de Santa Ana.

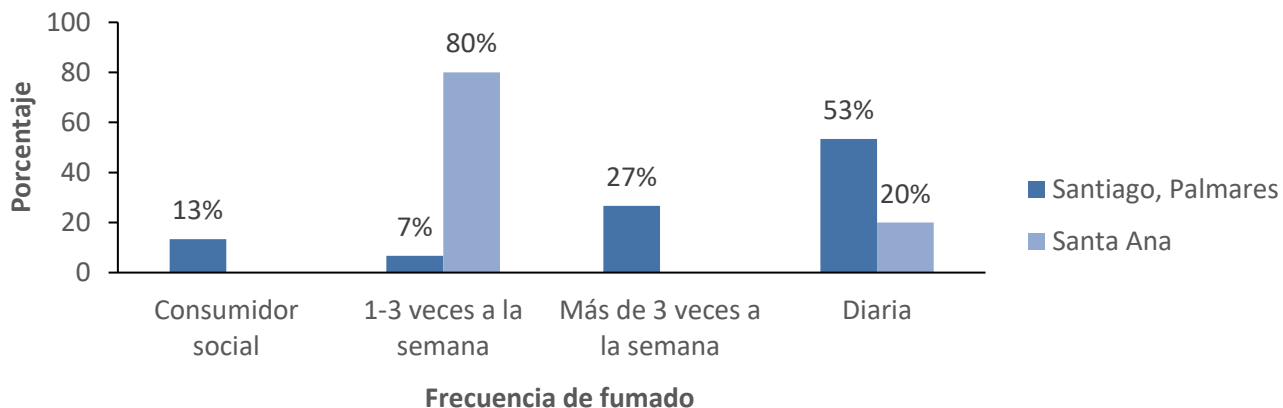


Figura N° 32 Distribución porcentual de la población según frecuencia de fumado, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

La población total de fumadores indica realizarlo diariamente, según el 53% (n=8) en Santiago, lo que para Santa Ana equivale a un 20% (n=1). En este último sector, la frecuencia más alta es de 1-3 veces a la semana con un 80% (n=4). El 27% (n=4) en Santiago fuma más de 3 veces a la semana.

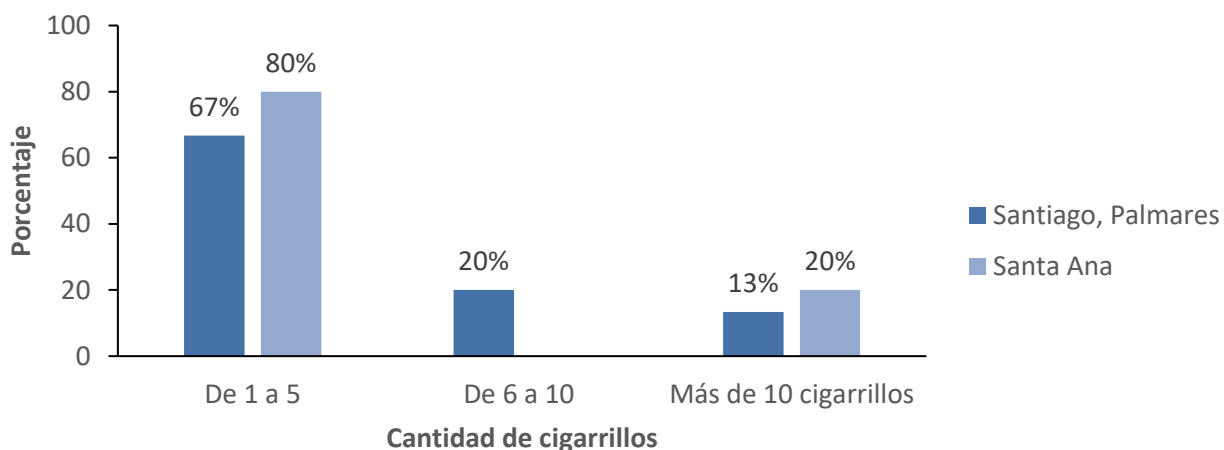


Figura N° 33 Distribución porcentual de la población según cantidad de cigarrillos, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Los dos distritos tienen de 1 a 5 cigarrillos como cantidad máxima de fumado, lo que representa el 67% (n=10) de la población de Santiago y el 80% (n=4) de la población de Santa Ana.

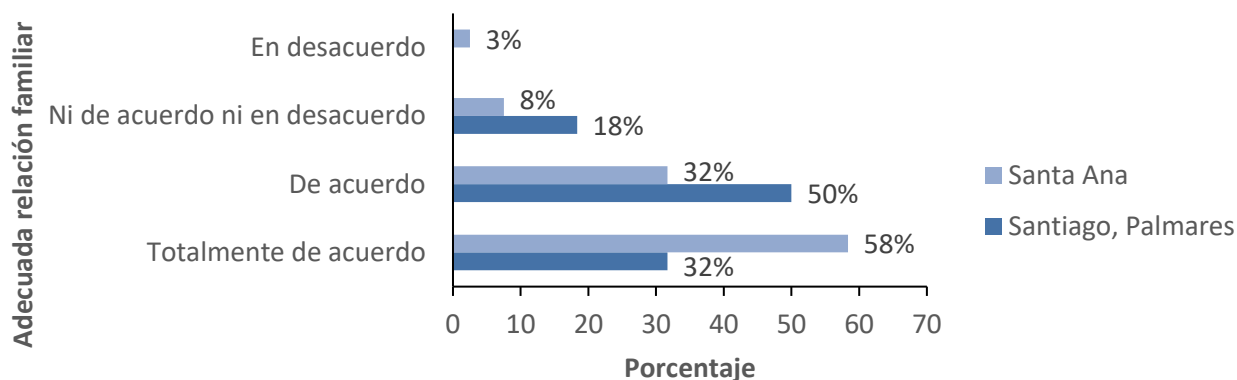


Figura N° 34 Distribución porcentual de la población según adecuada relación familiar, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 50% (n=60) de los sujetos dice estar de acuerdo cuando se les consulta sobre si tienen una adecuada relación familiar en Santiago, el equivalente a un 32% (n=38) en Santa Ana. El 32% (n=38) en Santiago dice estar totalmente de acuerdo, al igual con el 58% (n=70) de Santa Ana.

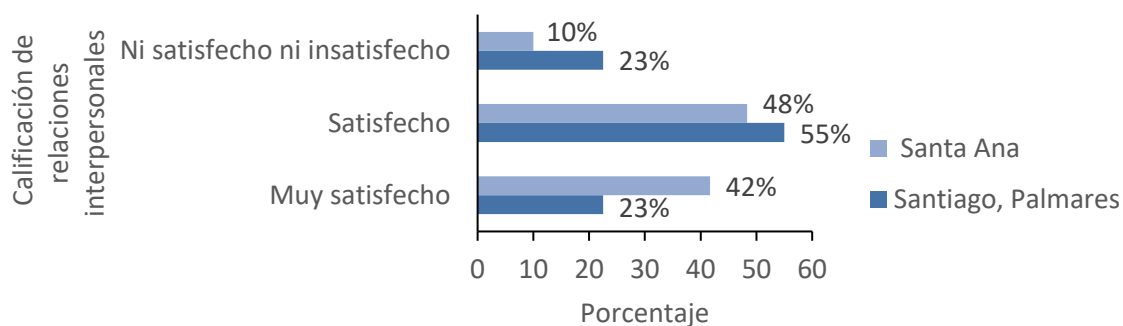


Figura N° 35 Distribución porcentual de la población según calificación de relaciones interpersonales, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Las dos poblaciones concuerdan con estar satisfecho con las relaciones interpersonales que tiene, en el caso de Santiago lo representa el 55% (n=66) y en Santa Ana el 48% (n=58). El 23% (n=27) en Santiago dice estar muy satisfecho, al igual que los que están ni satisfechos, ni insatisfechos. En Santa Ana, el 42% (n=50) está muy satisfecho.

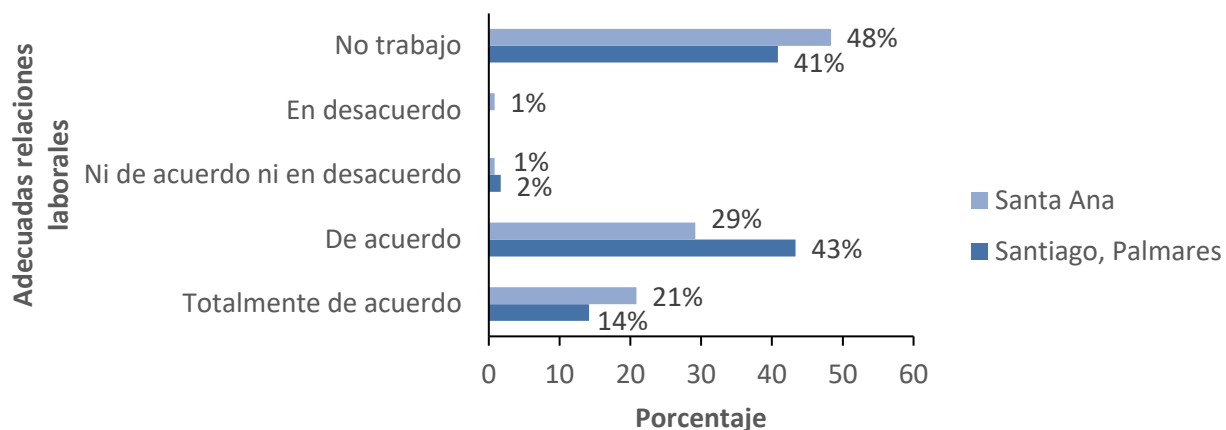


Figura N° 36 Distribución porcentual de la población según adecuadas relaciones laborales, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 43% (n=52) de Santiago afirma que están de acuerdo en que sus relaciones laborales son adecuadas, el 29% (n=35) de Santa Ana concuerda con ellos. No obstante, hay un 41% (n=49) de personas en Santiago y un 48% (n=58) en Santa Ana que no laboran.

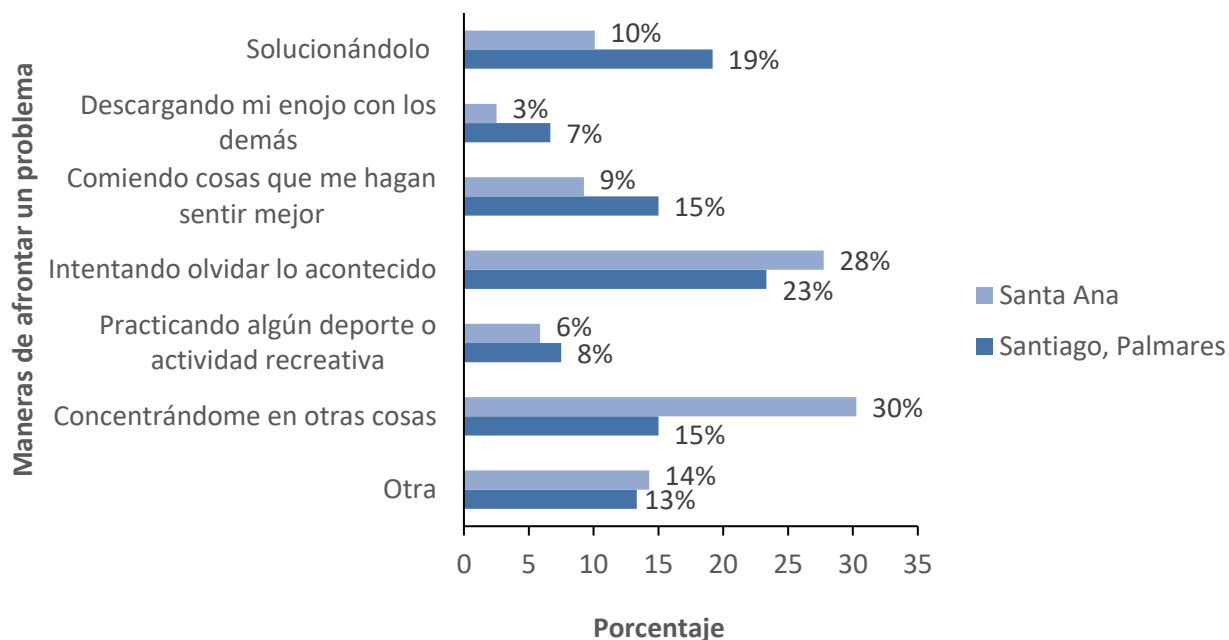


Figura N° 37 Distribución porcentual de la población según manera de afrontar un problema, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Los residentes de Santiago tienen el intentar olvidar lo acontecido, como la forma más práctica para afrontar un problema, esto según el 23% (n=28) o bien, lo que indica el 19% (n=23), solucionarlo, un 15% (n=18) refiere concentrarse en otras cosas, así como el consumo de alimentos que los hagan sentir mejor. En Santa Ana el 30% (n=36) dice que procura concentrarse en otras cosas y el 28% (n=33) intenta olvidar lo que pasó.

Tabla N° 5 Distribución porcentual de la población según antecedentes familiares de sobrepeso u obesidad, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019.

Antecedentes familiares de sobrepeso u obesidad	Porcentaje de respuestas		Porcentaje de respuestas	
	Santiago, Palmares		Santa Ana	
	Sí	No	Sí	No
Madre	37% (n=31)	83% (n=69)	24% (n=29)	76% (n=91)
Padre	15% (n=13)	105% (n=88)	14% (n=17)	86% (n=103)
Abuelos	20% (n=17)	100% (n=83)	13% (n=15)	88% (n=105)
Tíos	43% (n=36)	77% (n=64)	32% (n=38)	68% (n=82)
Hijos	21% (n=18)	99% (n=83)	12% (n=14)	88% (n=106)
Hermanos	58% (n=48)	62% (n=52)	42% (n=50)	58% (n=70)
Nadie	18% (n=15)	102% (n=85)	15% (n=18)	85% (n=102)
Otro	25% (n=21)	95% (n=79)	26% (n=31)	74% (n=89)

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Los antecedentes familiares son encabezados por los hermanos de las personas encuestadas cuando se habla de sobrepeso u obesidad en Santiago con un 48% (n=58), , seguido de los tíos con un 36% (n=43) y las madres con un 31% (n=37). En Santa Ana, el primer lugar también es para los hermanos, cuyo porcentaje es de 42% (n=50), seguido de los tíos con un 32% (n=38) y la categoría “otro” con un 26% (n=31), que incluye primos, sobrinos, nietos, entre otros.

Tabla N° 6 Distribución porcentual de la población según antecedentes personales, Santiago,

Palmares y Santa Ana, 2019.

Antecedentes personales	Porcentaje de respuestas		Porcentaje de respuestas	
	Santiago, Palmares		Santa Ana	
	Sí	No	Sí	No
Cardiopatía	2% (n=2)	98% (n=118)	3% (n=4)	97% (n=116)
Diabetes mellitus	10% (n=12)	90% (n=108)	13% (n=16)	87% (n=104)
Hipertensión arterial	19% (n=23)	81% (n=97)	28% (n=33)	73% (n=87)
Artritis	2% (n=2)	98% (n=118)	5% (n=6)	95% (n=114)
Asma	6% (n=7)	94% (n=113)	9% (n=11)	91% (n=109)
Ninguna	68% (n=81)	33% (n=39)	56% (n=67)	44% (n=53)
Otra	10% (n=12)	90% (n=108)	14% (n=17)	86% (n=103)

Fuente: Elaboración propia, 2019.

El distrito de Santiago tiene un 68% (n=81) de personas que no padecen de ninguna patología, la hipertensión arterial es la que prevalece con un 19% (n=23), posterior a esta la diabetes mellitus con un 10% (n=12). El 56% (n=67) de los residentes de Santa Ana no tiene patologías, también es la hipertensión la que destaca con un 28% (n=33), seguida de otras condiciones como colesterol, triglicéridos, entre otras, con un 14% (n=17).

Tabla N° 7 Distribución porcentual de la población según manifestaciones clínicas en los últimos

6 meses, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019.

Manifestaciones clínicas en los últimos 6 meses	Porcentaje de respuestas		Porcentaje de respuestas	
	Santiago, Palmares		Santa Ana	
	Sí	No	Sí	No
Incremento de tallas	29% (n=35)	71% (n=85)	23% (n=27)	78% (n=93)
Exceso de grasa en cintura	40% (n=48)	60% (n=72)	33% (n=40)	67% (n=80)
Fatiga luego de acciones simples	8% (n=9)	93% (n=111)	10% (n=12)	90% (n=108)
Incremento de peso confirmado por báscula	30% (n=36)	70% (n=84)	25% (n=30)	75% (n=90)

Dolor de espalda	31% (n=37)	69% (n=83)	27% (n=32)	73% (n=88)
Ninguna de las anteriores	37% (n=44)	63% (n=76)	42% (n=50)	58% (n=70)

Fuente: Elaboración propia, 2019.

El exceso de grasa en cintura es lo que más afecta a la población en Santiago con un 40% (n=48), seguido de un 31% (n=37), atribuido al dolor de espalda. El 37% (n=44) de la población dice no haber experimentado ninguna de las manifestaciones clínicas planteadas. En Santa Ana, son más las personas que no presentan manifestaciones clínicas, con un 42% (n=50), para aquellas que sí presentan, se tiene en primer lugar el exceso de grasa en cintura con un 33% (n=40) y el dolor de espalda con un 27% (n=32).

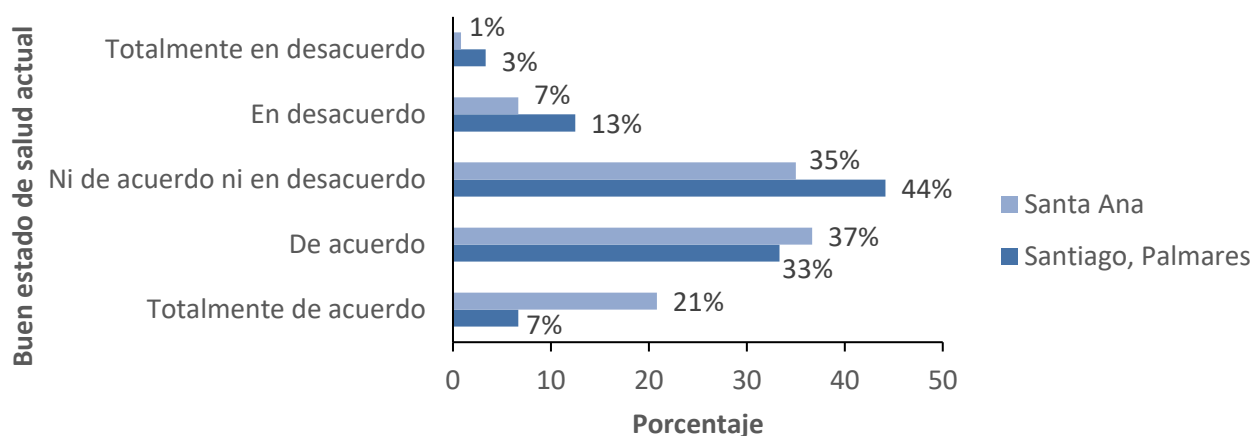


Figura N° 38 Distribución porcentual de la población según buen estado de salud actual, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 44% (n=53) de las personas dice estar ni de acuerdo ni en desacuerdo con el estado de salud que tienen en el momento de la aplicación de la encuesta en Santiago, un 33% (n=40) dice estar de acuerdo. En Santa Ana, el 37% (n=44) está de acuerdo con su estado de salud y el 35% (n=42) está ni de acuerdo ni en desacuerdo con ello.

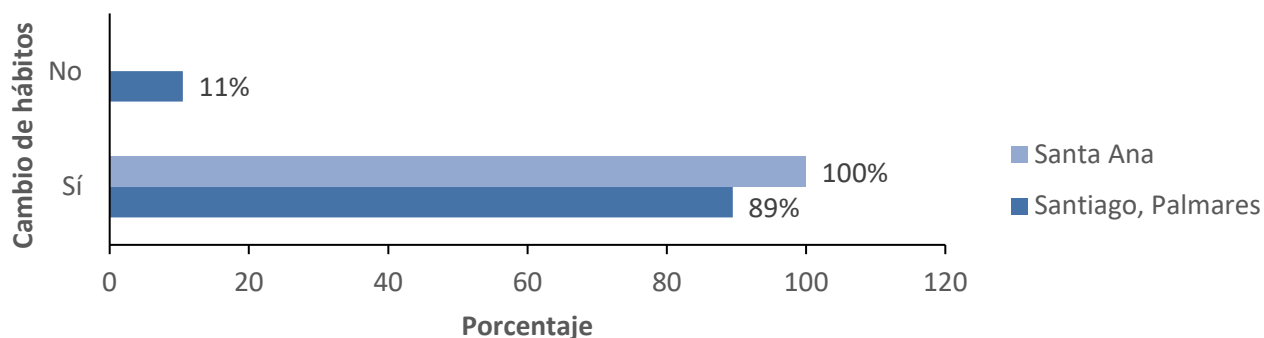


Figura N° 39 Distribución porcentual de la población según cambios de hábito, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 89% (n=17) de Santiago menciona que sí estarían dispuestos a realizar un cambio en sus hábitos, en comparación con el 100% (n=9) en Santa Ana.

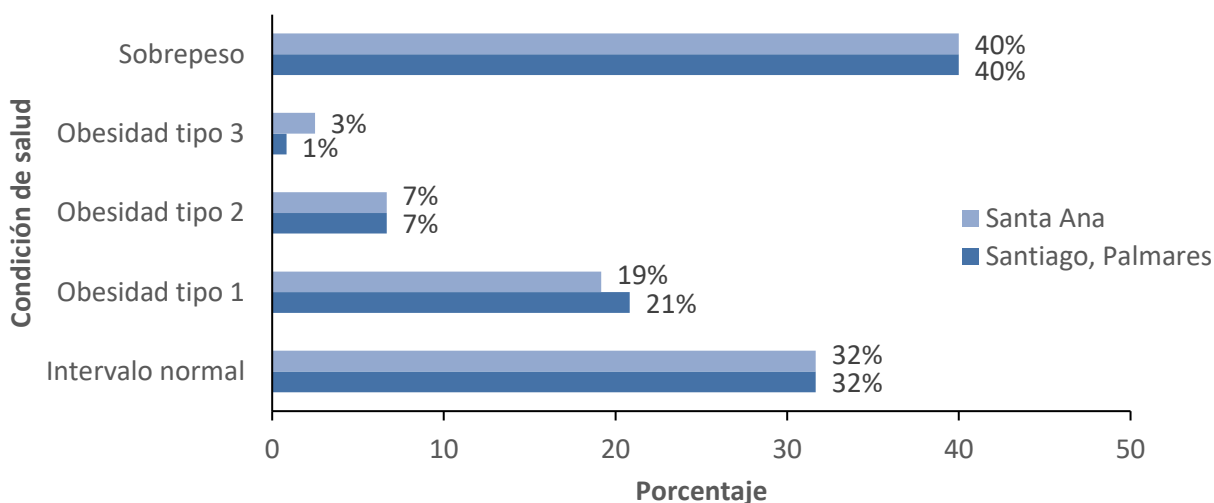


Figura N° 40 Distribución porcentual de la población según condición de salud, Santiago, Palmares y Santa Ana, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Los dos distritos presentan similitudes con respecto a: la prevalencia del sobrepeso con un 40% (n=48), las personas con intervalo normal con un 32% (n=38) y la obesidad tipo II con un 7% (n=8). Para la obesidad tipo I y III, se da en Santiago con un 21% (n=25) y 1% (n=1), respectivamente; en Santa Ana la tipo I con un 19% (n=23) y la tipo III con un 3% (n=3).

**CAPITULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS**

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

El propósito es realizar una comparación entre los estilos de vida que hay en el distrito de Santiago de Palmares, provincia Alajuela y Santa Ana, provincia San José, en relación con la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. Esto, posterior a la aplicación 240 encuestadas, con 120 personas por sector.

Los aspectos sociodemográficos muestran que, el sexo femenino predomina en ambos distritos, se ha visto en múltiples investigaciones que las mujeres son las que encabezan los porcentajes de sobrepeso y obesidad, una de las razones que lo justifican puede estar ligada al hecho que los hombres tienen la ventaja de quemar más energía en reposo que ellas.³³

Los 20 a 24 años es el grupo de edades sobresaliente en el caso de Santiago, mientras que en Santa Ana es el de los 60 a 64 años, según la Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica, 2008-2009⁹, indica que las mujeres entre los 20 a los 64 años son las que prevalecen con sobrepeso y obesidad. Entonces en ambos sectores no solo se tiene el sexo como factor de riesgo, sino también la edad y entre más edad se tenga, a mayor dificultad de quemar grasa se enfrenta.³³

La mayor parte de los encuestados son costarricenses y en menor cantidad nicaragüenses, incluso se detectan otras nacionalidades como la italiana y colombiana. Uno de los factores predisponentes para el sobrepeso y la obesidad es la etnia, cuyas tasas más altas son para los afrodescendientes, personas de origen hispano y blancos.³⁴ No obstante, la ONUAA, en conjunto con la OPS, indican que el porcentaje de mujeres obesas supera al de los hombres en gran cantidad de países⁴, con esto no solo se sigue confirmando que en múltiples estudios el sexo femenino es el principal afectado, sino que también da a entender, de cierto modo,

que independientemente de la nacionalidad que se tenga se está propenso a esta problemática, ya que su expansión es cada vez más potente a nivel mundial.

Las dos poblaciones estudiadas, revelan la existencia mayoritaria de personas casadas, siendo la composición del hogar completa la que sobresale, con un máximo de 4 personas por vivienda. Según el estudio elaborado en la ciudad de la Paz, se ha determinado que el tener pareja es un factor de riesgo para esta problemática, indicando que la razón principal es que estos suelen dar una menor importancia a su aspecto físico, que aquellos que están solteros.⁵

Las personas de ambas localidades usan sus propios ingresos para sufragar sus necesidades, encontrándose que la mayoría suele tener una solvencia económica entre los 351 000 a 400 000 colones. A pesar de esto, quienes no reciben ningún tipo de remuneración son las que encabezan los resultados de la investigación. A lo que González, C y Agudo, A³⁴ encasillan como factores de riesgo para el sobrepeso y la obesidad, quienes aluden que un nivel bajo en cuanto al aspecto socioeconómico, se convierte en un factor colaborador de dicha problemática.

Pender concuerda con lo dicho por los autores anteriormente citados, el nivel socioeconómico es primordial para gozar de un estilo de vida saludable.³⁹ Si los ingresos son bajos o no se cuenta con el recurso económico suficiente para solventar las necesidades básicas, se puede ver afectado principalmente el factor alimenticio, porque puede que no se tenga el acceso a cierto tipo de alimentos que son esenciales.

Paye, E y Navia, M⁵ obtienen como resultado de su estudio, que aquellas personas con un nivel educativo igual o inferior a la primaria son más propensas a presentar sobrepeso u obesidad, en esta investigación se evidencia que el nivel académico de Santiago es inferior al que posee Santa Ana, aunque el rango de Santiago no es extremadamente bajo; si difieren

entre sí. Incluso la estrategia creada por el Ministerio de Salud,¹⁰ menciona que la obesidad se da como consecuencia de numerosos factores, entre ellos, un nivel de escolaridad bajo.

Los habitantes se dedican en su mayoría a laborar, tanto los de Santiago como los de Santa Ana, manteniendo jornadas diurnas que van en horarios entre las 5 am y las 7 pm. Según Dehesa²⁴ menciona que contar con un empleo es un factor protector, sin embargo; se sabe que dependiendo del ritmo de trabajo que disponga una persona, genera alteraciones en su diario vivir, varía el patrón de sueño, el nivel de estrés incrementa, en algunos casos se favorece el sedentarismo por pasar horas sentados, aunado al hecho de trasladarse de la casa al lugar de trabajo por varias horas en un medio de transporte, los tiempos de comida se ven sumamente alterados, considerándose el patrón alimenticio el que sufre el mayor impacto.

Willett es quien da continuidad con lo que respecta a los estilos de vida, él refiere que el consumo de frutas, vegetales y verduras debe ser diario⁴³, concordando con lo dicho en Santa Ana ya que para Santiago la frecuencia es de más de tres días. Por su parte, indica que el consumo de embutidos debe ser con poca frecuencia, porque se ha percibido una asociación con el desarrollo de cáncer, el síndrome metabólico y las enfermedades cardiovasculares.

La población de Santiago verbaliza que ellos conocen lo dañinos que son estos últimos, y las posibles repercusiones que genera su ingesta, a pesar de esto, la mayoría indica tener un consumo muy frecuente, dejando en evidencia que el desconocimiento no es el motivo para el resultado obtenido, mientras que en Santa Ana lo consumen de manera ocasional. Para los mariscos o las carnes magras como el pescado, se recomienda un consumo frecuente (varias veces a la semana)⁴³, sin embargo, de acuerdo con lo dicho por la mayoría de las personas en ambos sectores, suelen ingerirlo solo una vez a la semana.

Pender acierta cuando dice que la conducta previa relacionada de una persona es lo que puede dificultar que la misma se comprometa con conductas promotoras de salud ³⁹, pues dentro de las experiencias compartidas por parte de los encuestados del sector de Santiago, refieren que hay alimentos que no van a omitir o disminuir su consumo porque antes no contaban con las condiciones económicas para ingerirlos y ahora que sí la tienen, no van a limitarse a ello.

La cantidad ideal es hacer cinco tiempos de comida al día, esto es un dato positivo que se cumple en ambos distritos. Pese a esto, hay sujetos que omiten el desayuno, inclusive ni siquiera cumplen con la merienda de la mañana, cuando esto no es lo apropiado, porque el desayuno es el plato primordial que requiere el organismo para obtener la energía necesaria, que lo lleva a cumplir con las actividades cotidianas. ²⁵

El método de cocción predominante en Santiago es el frito, en Santa Ana el hervido y el tipo de grasa utilizada en ambos lugares es el aceite vegetal. Si bien los carbohidratos, azúcares y alimentos grasos son portadores de energía, su ingesta debe ser equilibrada. Al ingerir frituras el aporte de nutrientes, vitaminas y minerales básicamente se pierde, incrementa los niveles de colesterol y triglicéridos, produce daño renal, entre otras. Por esto, se recomienda el consumo de aceites de origen vegetal, ya que se ha visto, evita o reduce la posibilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares, así como la obesidad. ²⁵

Los encuestados refieren en su mayoría, no hacer adición de sal a comidas previamente condimentadas, esto es otro aspecto positivo que se extrae de esta investigación, si bien el consumo excesivo propicia la aparición de diversas patologías, el exceso de sal no está estrechamente relacionado con la aparición de la obesidad, influye el hecho que su consumo genera sed y las personas suelen saciarla con bebidas cuyo contenido es alto en azúcar, pero hay que dejar claro que no es una causa directa de obesidad. ⁴⁴

Los sujetos de estudio señalan en su mayoría, no tomar en cuenta la cantidad de calorías presentes en los productos que consumen regularmente, pero entre las personas que sí tienen ese hábito, gana el distrito de Santa Ana. Con esto, básicamente se alcanza a apreciar, cómo la sociedad no está tan interesada en lo que consume diariamente, su prioridad no es enfocarse en esos detalles. Por ejemplo, se realiza un estudio para identificar el nivel de conocimiento que tienen las personas acerca de las calorías y el impacto que generan, encontrándose que, en la mayoría de las ocasiones, no se acostumbra a leer las etiquetas de los productos que compran, pero en aquellos que sí lo hacen, se enfocan más en las calorías que en el contenido de grasa, azúcares y demás componentes.⁴⁵

El medio ambiente favorece los factores característicos de la etiología del sobrepeso y la obesidad como lo son el hábito de omitir comidas, la cantidad insuficiente de tiempos alimenticios, el acceso, la calidad y cantidad de alimentos que se elijan, el método de cocción empleado y el tipo de grasa utilizado.³³ Es por esto que los estudios, las prácticas clínicas y las estrategias preventivas, se centralizan, principalmente, en el factor alimenticio.

El patrón del sueño en ambos sectores se encuentra dentro de los parámetros esperados, porque según la literatura, se aconseja que para que el sueño sea reparador, las personas deben dormir entre 7 y 8 horas.²⁶ Incluso un estudio cuyo objetivo es determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados al sobrepeso y la obesidad, obtuvo como resultado el dormir menos de 8 horas diarias.⁵ Esto se debe a que el sueño altera las hormonas que controlan los impulsos del hambre, por ende, es probable que se genere un incremento del IMC.³⁴

El patrón de sueño irregular es un factor desencadenante, no obstante; gran parte de los encuestados refieren tener un buen descanso, por lo que se procede a descartar esta característica como un factor colaborador de la condición en la que se encuentran ambos

distritos. En aquellas que no tienen un buen descanso, sobresalen las razones ligadas al cansancio, estrés, carga laboral e insomnio.

La actividad física es un tema muy tratado en la actualidad por los múltiples beneficios que trae consigo, con ella no solo se disminuye el riesgo de padecer enfermedades como la diabetes, hipertensión, incluso ciertos tipos de cáncer, sino también ayuda a disminuir problemas emocionales como la depresión y la ansiedad, reduce la posibilidad del incremento de grasa corporal, capaz de generar sobrepeso u obesidad.

La investigación actual evidencia, que el distrito de Santiago es menos activo en cuanto a actividad física se trata, justificado según la mayoría por la falta de tiempo y pereza. Se han publicado evidencias científicas en las que se revela que la actividad física regular favorece una vida sana y evita o incluso retrasa la aparición de enfermedades.²⁷ El complemento entre una adecuada alimentación y la actividad física, son vitales para mantener un óptimo estado de salud y muchas veces se deja pasar por alto.

El tipo de actividad física ejecutada debe tomarse en cuenta, porque no todas requieren de la misma duración, intensidad y frecuencia. Se visualiza que dentro de las más ejecutadas están las caminatas, el gimnasio, la natación y la danza. Como se logra apreciar al inicio de este apartado, la edad que sobresale en Santa Ana es la de los 60 a 64 años. Según el Plan Nacional de Actividad Física y Salud ²⁷ los estudios han demostrado que a mayor edad disminuye la práctica de actividad física, sin embargo, para la recopilación de los datos aquí expuestos, se tuvo la posibilidad de contar con personas que forman parte de diversos grupos de recreación y deporte, lo que demuestra que la edad no es una excusa, ni un impedimento para su realización.

Las dos localidades tienen como duración máxima por actividad física una hora, con una frecuencia de dos a tres veces por semana o incluso en algunos más de cuatro veces. Willett

⁴³ sugiere que se le dedique al menos una hora por semana al ejercicio, entonces, si se ve desde el punto de vista de este médico, quienes indicaron esa duración y frecuencia están cumpliendo con lo necesario para por lo menos mantenerse a un nivel medio de actividad, donde no están extremando los límites físicos, ni están por debajo de lo esperado. Para el Plan Nacional anteriormente citado ²⁷, lo recomendable para edades de los 18 a 64 años es de un mínimo de 150 minutos semanales de actividad moderada, 75 minutos de actividad fuerte cada semana o su combinación.

El párrafo anterior logra detectar, que al consultar sobre la realización o no de actividad física, muchas personas, principalmente del distrito de Santiago, tienen un concepto erróneo de ello, pues varias consideraban ejercitarse con una frecuencia y duración prolongada, y al hacer un análisis de ellas, mencionan que suelen caminar entre 5- 10 minutos a una velocidad moderada y a pocos metros de distancia.

La inversión hecha por los encuestados a su tiempo libre es un aspecto al que se debe prestar suma atención, ya que dentro de las actividades de ocio que destacan en el distrito de Santiago son el tiempo en familia, ver la televisión y dormir, mientras que, en Santa Ana, también está en primer lugar la recreación familiar, seguido de ver la televisión y escuchar música. Si se presta atención, ninguna de ellas está asociada de manera directa a ejercitarse, todas están ligadas de cierta forma, con el sedentarismo.

El trabajo práctico se realiza en la Universidad de Costa Rica¹⁴ y obtiene como resultados que el 65% de los costarricenses de los 18 años o más, entran en la categoría de inactivos o sedentarios. Es decir, un poco más de la mitad de ellos si no cuida de su salud y de los factores de riesgo del sobrepeso u obesidad, tienen mucha más posibilidad de presentarlo. El estudio también destaca que, de ese porcentaje de inactividad obtenido, las mujeres son quienes superan a los hombres con un 14%.¹⁴ Si la inactividad de la presente investigación

se analizara por sexo, no se adquirirían los mismos resultados, pues no solo el sexo femenino es el que predomina, sino que son más las mujeres que dicen sí a la actividad física.

El ocio es de elección libre, genera placer, diversión y felicidad, a pesar de esto hay que saber qué experiencias seleccionar para no entrar en el ocio de carácter nocivo, para librarse así, de riesgos que pongan en peligro la salud de las personas, como lo que ocurre con el sedentarismo, el sobrepeso y el alcohol.²⁸ En relación al último aspecto, es importante mencionar que aunque la mayoría de los sujetos dicen no consumir alcohol, de los que sí consumen, son más los pertenecientes a Santiago, quienes mínimo una vez por semana ingieren de 2 a 4 bebidas alcohólicas.

El alcohol posee una situación compleja, este ocupa el segundo puesto con mayor densidad energética posterior a la grasa, además acrecienta el apetito y reduce la saciedad, ocasionando un aumento de la ingesta energética. La relación que hay entre el alcohol y la comida es temible, porque disminuye la oxidación de los lípidos, induciendo al acúmulo de grasa en el organismo y no solo esto, sino que se ha observado que la ingesta moderada de alcohol aumenta la sensibilidad a la insulina, lo que contribuye al aumento del peso corporal.

46

El consumo de sustancias ilícitas es dado de manera regular a nivel nacional, cada vez son más los individuos que ingieren alcohol, drogas y tabaco. Es común escuchar a las personas decir que la cerveza empanza, que daña los riñones, el hígado, el corazón, entre otras, y no están equivocados, pues un artículo en México menciona que son diversos los estudios que asocian que, a mayor consumo de cerveza, mayor circunferencia abdominal, lo que ha sido denominado “panza de cerveza”.⁴⁶

El tabaco es característico por manchar los dientes, dañar los pulmones, producir cáncer entre infinidad de comentarios. Lo que no es habitual es que las personas enumeren razones

que vinculen al alcohol y el tabaco con el sobrepeso y la obesidad. Si bien, ya se ha definido la razón que enlaza el alcohol con estas dos condiciones, ahora corresponde aclarar la asociación de ellas con el tabaco.

Las personas fumadoras son muy pocas en el caso de esta investigación, a pesar de esto, los habitantes de Santiago tienen una frecuencia de consumo mayor a los de Santa Ana, siendo esta de todos los días. Se han difundido estudios donde las tasas de obesidad son mayores en grandes fumadores y en aquellos que están buscando dejarlo, donde el 80% gana entre los 3,6 kg y los 7,3kg y el 13% que lo deja llega hasta los 10 kg.⁴⁷

Los factores emocionales pueden influir en los estilos de vida, si estos son negativos van a entrar en la categoría de estilos de vida poco saludables. Por lo tanto, sentirse a gusto con su entorno, las personas que le rodean y el ambiente en el que permanece, puede revertir esa situación. En el caso de esta investigación, la mayor cantidad de personas en ambos sectores, mencionaron tener adecuadas relaciones a nivel familiar, interpersonal y laboral.

La persona puede desanimarse por no contar con esa ventaja, porque es probable que existan preocupaciones emocionales, se pierda el interés, hasta llegar al punto en que se afecte la calidad de vida.²⁹ Como se aprecia en la teorizante, cuando se indica que los deseos, las emociones y motivaciones influyen en la consecución de una acción.³⁹ En esta investigación puede que no tenga mayor inherencia, pero es importante aclararlo y qué mejor forma que exponer lo que propone Pender al hablar de las influencias interpersonales, pues el apoyo social que reciba una persona influye lo suficiente como para modificar su conducta, y aún más cuando de influencias familiares se trata.³⁹ Por ejemplo, es probable que, si la familia frecuenta un patrón alimenticio inadecuado, el sujeto siga sus pasos y no tenga razón alguna para cambiar.

La mala relación laboral genera un ambiente tenso, por lo que, si una persona no se lleva bien con sus compañeros, va a tener falta de ánimo y permanecerá en constante estrés. Hay que recordar que esto genera la liberación de cortisol, hormona encargada de controlar los impulsos del hambre y el equilibrio energético.³⁴ Entonces no solo le afectarán sus emociones, sino también el estrés que colabora con el incremento de peso.

Los mecanismos de afrontamiento difieren de una persona a otra, variando según sus experiencias vividas, la forma en la que ven el mundo, sus creencias, la cultura, el rol social que ejecute, entre otras. Por esto, existen diversos tipos de afrontamiento ²⁹, en ambas localidades se observan más el tipo evitativo, el cual ayuda a las personas a escapar de las emociones negativas y el centrado en el problema, donde se busca la solución de este. Se detecta que en Santiago se tiende a consumir alimentos como forma de evadir su estado de ansiedad y niveles de estrés, lo que puede ser un tipo de afrontamiento centrado en la emoción. Una situación similar ocurre en Santa Ana, quienes no seleccionan directamente esta última opción, pero algunos tienden a manejarlo con ansiedad y estrés.

El recorrido dado en esta discusión ha justificado las posibles razones que predisponen a una persona a presentar sobrepeso u obesidad, algunas de ellas son voluntarias como todo lo relacionado con la parte alimenticia, la actividad física, el consumo de alcohol y tabaco, y otras involuntarias como el sexo, la edad, el estado civil, el grado académico, entre otras. Dentro de esta última categoría, se pueden agrupar los factores genéticos, por esto es importante conocer los antecedentes familiares, porque funcionan como guía para determinar si es algo hereditario o, por el contrario, es algo meramente provocado por el estilo de vida de cada persona o todos en conjunto.

Los dos sectores documentan la existencia de varios familiares con la problemática en estudio, en los dos se percibe que, incluso al momento de aplicar la encuesta algunos refieren

que todos en su familia tienen sobrepeso u obesidad. Lo que más se visualiza es el primer y tercer grado de consanguinidad coincidiendo con los datos obtenidos en un estudio realizado en Honduras, donde se le atribuye un 100% a los padres y hermanos.¹

Los antecedentes personales deben ser tomados en cuenta, hay patologías que tienen una relación estrecha con el sobrepeso y la obesidad, y aunque la gran mayoría dice no contar con ninguna comorbilidad, entre las más dadas esta la hipertensión, la diabetes, el colesterol y los triglicéridos, los cuales son factores de riesgo de morbimortalidad sumamente importantes.³⁶ El artículo publicado en el presente año sobre un resumen del Primer Congreso Internacional en Nutrición Traslacional y Salud 2018⁴³, muestra ciertas tasas relacionadas con el padecimiento de enfermedades no transmisibles en Costa Rica, en donde todas son ocasionadas por una mala alimentación, dentro de ellas menciona que un 37% de la población actual sufre sobrepeso, 31% hipertensión arterial, 29% obesidad y 10% diabetes.

Las manifestaciones presentes en los últimos 6 meses se consultan una vez conocidos los antecedentes familiares y personales, porque, aunque algunos dicen no tener patologías, pueden tener signos y síntomas de alerta frente a las dos condiciones de estudio. En Santa Ana son más las personas que no experimentaron los síntomas planteados que las afectadas, destacando en ambas localidades el exceso de grasa en cintura y el dolor de espalda. Si bien no son síntomas que definen con exactitud sobrepeso u obesidad, son indicadores que hacen un llamado a la sociedad para que valoren su estilo de vida e indaguen en las causas que los origina.³⁴

Los encuestados de ambos sectores dicen estar en su mayoría, de acuerdo o, ni de acuerdo, ni en desacuerdo con su estado de salud actual, hay casos en los que se detecta malnutrición y aún la persona sabiendo esto, refiere estar de acuerdo con ello. De hecho, cuando

seleccionan estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, se les consulta si están dispuestos a realizar un cambio en sus hábitos, y una pequeña parte de Santiago dice que no porque ya era su propio estilo de vida, o bien, que sus hijos no se lo permiten. Por el contrario, hay personas de Santa Ana e incluso de Santiago que, consultan por estrategias que los ayude a revertir su condición y están anuentes a las recomendaciones conferidas.

Los factores psicológicos son citados en el Modelo de promoción de salud de Nola Pender menciona, entre ellos, la autoestima y la percepción que se tenga del estado de salud, los cuales influyen en las disposiciones para mejorarlo.³⁹ Como se observa en el párrafo anterior, la definición de salud es muy amplia y por la característica subjetiva que lo representa, genera discordancia en la forma en la que impacta la vida de cada individuo. Ella deja claro que enfermería es una profesión para ayudar a los usuarios a cuidarse ellos mismos, encargada de motivarlos, para que puedan mantener un estado óptimo de salud.³⁹

El estilo de vida saludable requiere también de preocuparse por lo que sucede con la salud, si se cuenta o no con factores de riesgo y si estos se perciben, buscar los métodos necesarios para revertirlos, no solo implica ejercitarse y alimentarse adecuadamente. Pender³⁹ acierta cuando menciona que los beneficios y las barreras percibidas de acción interfieren en las conductas de salud que se seleccionen, pues algunas personas que obtuvieron una condición de intervalo normal, a sabiendas que su estilo de vida no es el idóneo, prefieren continuar a como están que hacer cambios en pro de su salud.

Las apreciaciones negativas establecidas por una persona generan un obstáculo para modificar su conducta, hay quienes temen al momento de pesarse porque ya conocen su condición, saben que, su peso es elevado, pero dicen tener tiempo de no pesarse porque evitan conocer cuánto han aumentado y tener que empezar a tomar medidas para bajarlo.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad se identifica en el momento en el que se obtiene el peso y talla de los encuestados, si bien se han analizado los estilos de vida y sus distintas asociaciones con dicha problemática, lo que puede dar un resultado más certero es el valor del IMC. Los hallazgos expresan que, según este, tanto para el distrito de Santiago como el de Santa Ana, existen en igualdad de porcentajes el intervalo normal, el sobrepeso y la obesidad tipo II. Encabezado por mujeres, como en toda la investigación, lo que quiere decir que la prevalencia de estas dos condiciones es más que evidente y aunque no es el 100% quienes presentan las malnutriciones reveladas, son muchos los afectados.

El estudio es de carácter comparativo como ya se ha evidenciado, el cual surge a partir de la necesidad de conocer cuáles son las prácticas que llevan a Palmares a posicionarse en un primer lugar con obesidad a nivel nacional, en comparación con Santa Ana cuyo porcentaje es nulo para esta situación.¹⁹

Sandoval, es la jefa encargada del servicio de nutrición del área de salud de Palmares, ella suministra un documento donde expone la situación nutricional de la población atendida en este sector para el año 2018. Sus resultados revelan que las mayores alteraciones percibidas fueron el sobrepeso y la obesidad tipo I. Cabe destacar, que Santiago no ocupa el primer lugar en cuanto a EBAIS con más referencias, por el contrario, se posiciona en cuarto lugar. Las edades más afectadas de esta área de salud son entre los 20 a 64 años, seguido por los adultos mayores.⁴⁸ Como se ve, no se muestra que Santiago sea el más afectado, pero tampoco lo exime de ello.

La información previa de este sector y la actual, coinciden con la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, con la diferencia que ahora prevalece la tipo II. Además, se visualiza que el rango de los 20 años sigue siendo uno de los más perjudicados. Por último, es importante mencionar que el IMC es uno de los factores personales capaces de afectar la toma de

decisiones en pro de la salud, según lo establecido por Pender. Disminuirlo, mantenerlo o aumentarlo, depende del compromiso de la persona y de las estrategias que se plantee para ello.³⁹

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Los estilos de vida en ambos sectores son contribuyentes para la aparición del sobrepeso y la obesidad, pues la literatura y los resultados de otras investigaciones así lo corroboraron. Resulta curioso observar que, al inicio de esta investigación, se propuso determinar el estilo de vida de las personas de 20 a 64 años, y son justamente estos dos, los grupos de edades que sobresalen como los más afectados. A pesar de esto, se detecta que el estilo de vida en Santiago es el que más favorece la problemática tratada, aunque Santa Ana no está exento de ella como se plantea en el Índice de Progreso Social.

Los aspectos sociodemográficos están representados por el sexo femenino en ambas comunidades, sobresaliendo el grupo etario de 20 a 24 años para el distrito de Santiago y el de los 60 a 64 años para Santa Ana. Ambos se distinguen por contar en su mayoría con personas casadas que se vinculan como un factor de riesgo. La mayoría de sus habitantes costea sus propios gastos, a pesar de que son muchos los que no reciben remuneración alguna. Se revela que son más las personas que laboran, y aunque el trabajo es un factor protector, la calidad de vida puede comprometerse.

Los estilos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad están ligados principalmente al consumo inadecuado de alimentos, pues su frecuencia no concuerda con lo recomendado, en ciertos casos es inferior, o por el contrario excesivo, como el consumo de embutidos en Santiago. La cantidad de tiempos de comida es adecuada en las dos localidades, sin embargo, hay personas que hacen omisiones. Aunado a esto, en Santiago predomina el método frito, lo que genera pérdida del contenido nutricional y se convierte en factor de riesgo. Situación que no ocurre en Santa Ana, ya que predomina el hervido.

Las personas de Santa Ana son quienes demuestran preocuparse más por las calorías de lo que consume, aunque en ambos sectores la mayoría no lo contempla. Santiago es menos activo para la actividad física que Santa Ana, pero en ambos se justifica por la falta de tiempo y pereza. Las actividades de ocio son más sedentarias, el consumo de alcohol y tabaco son factores colaboradores, cuya prevalencia es mayor en Santiago, es decir, en Santa Ana se da, pero en menor cantidad de personas.

Las relaciones familiares, interpersonales y laborales son adecuadas en ambos sectores, aunque en Santiago suelen tener un afrontamiento centrado en la emoción, lo que se relaciona con el consumo de alimentos por estrés, posible factor colaborador de la condición en la que están. Los de Santa Ana no indican directamente la ingesta de alimentos, pero señalan manejarlo con métodos que pueden inducirlos a ello.

Los antecedentes familiares y personales se toman en cuenta dentro de los factores colaboradores. Además de esto, se evidencian manifestaciones de alerta ante la problemática y muchos a pesar de estar en algún grado de malnutrición, refieren estar de acuerdo con su estado. El estudio finaliza con giro inesperado, el distrito calificado con 0% obesidad, obtiene los mismos valores en cuanto a sobrepeso y obesidad tipo II, que Santiago, el cual forma parte del cantón que lidera la problemática a nivel nacional. Con esto se quiere hacer un llamado a la población, por el avance acelerado que están teniendo estas malnutriciones, ya no es algo que la sociedad pueda seguir ignorando.

Las personas deben preocuparse más por el estilo de vida que deseen, pues, aunque una inadecuada alimentación es el factor más influyente, no es el único, y absolutamente nadie está exento de sufrir una malnutrición, ya sea desnutrición, sobrepeso o alguno de los tipos de obesidad existentes. Los resultados de esta investigación revelan que, Santiago continúa con muchos casos de sobrepeso y obesidad, mientras que Santa Ana, ya no está libre de ello.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Recomendaciones para las comunidades

Es importante que este tema se aborde desde el primer nivel de atención, en conjunto con los distintos comités cantonales, como lo es el Comité de Deportes y Recreación. Con los cuales se busca que, a través de campañas informativas incentiven a las personas a:

- Procurar hacer uso del plato del buen comer, es decir, que este cuente con todos los grupos alimenticios necesarios y en las cantidades recomendadas.
- Cumplir con la cantidad de tiempos de comida, no hacer omisiones y en caso de ello, evitar saciar el hambre con alimentos poco saludables.
- Reducir el consumo de productos altos en azúcares y grasas, lo que puede lograrse visualizando la etiqueta.
- Preferir cocciones saludables, en caso de optar por frituras, hacer uso de una pequeña cantidad de aceite.
- Incrementar la actividad física según tolerancia, asistiendo a los grupos de deporte o recreación del sector, o bien, realizar ejercicios en casa que sean sencillos, pero que realmente le ayuden a ejercitarse o quemar calorías.
- Disminuir la ingesta de alcohol y tabaco, pues sus repercusiones ya fueron descritas y está claro que favorecen al desarrollo del sobrepeso y la obesidad.
- Participar activamente en campañas de salud, las cuales se instauran no solo para generar conciencia de la problemática que se les ha detectado, sino que buscan el bienestar de las personas y mejorar su autocuidado.

6.2.2 Recomendaciones para el personal de Enfermería

- Impulsar el desarrollo de investigaciones a nivel general, ya que con ellas se logran detectar diversos vacíos en el área de la salud y permiten fortalecer la profesión.
- Coordinar más ferias de salud, donde se brinden charlas educativas enfocadas en todo lo que envuelve al sobrepeso y la obesidad, como lo son sus causas, las consecuencias y las distintas formas de prevenirlo.
- Incentivar la asistencia de más personas a los eventos que se coordinen, procurando que la divulgación de la información se haga de manera adecuada.
- Ser entes promotores de salud, independientemente de la condición buena o mala de una persona, buscar siempre su bienestar.
- En aquellas personas que es evidente su problemática, prestarles suma atención, pues todas tienen su grado de complejidad y requieren de intervenciones específicas.
- Facilitar un ambiente de confianza en el que se pueda fortalecer la autoestima de las personas.
- Evitar la normalización de la problemática, por ser un problema comunitario en ascenso.
- A las personas cuyo estado de salud ya se encuentre comprometido por patologías crónicas, darles el debido seguimiento para evitar mayores complicaciones y brindarles calidad de vida.
- Hacer uso de las herramientas que dispone enfermería para abordar la situación, como los diagnósticos, estrategias, planes nacionales y teorizantes que orientan el buen actuar del profesional, los cuales pueden llevar a las personas a recapacitar, mejorar, actuar y con esto, evitar afecciones que pongan en riesgo su salud. Siempre y cuando se tenga la disposición, compromiso e iniciativa de cambio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro, S; Meléndez, J; Aguilera, R. Prevalencia de obesidad en adultos, Utila, Islas De La Bahía, Honduras. REV MED HONDUR [Internet]. 2015 [citado 13 mayo 2019]; 83(3 y 4): 110-113. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2015/pdf/Vol83-3-4-2015-5.pdf>
2. Naguce, M; Ceballo, P; Álvarez, N. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de salud de la Clínica de Medicina Familiar Casa Blanca del ISSSTE. Horizonte Sanitario [Internet]. 2015 [citado 13 mayo 2019]; 14(2): 71-74. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457844965006>
3. Sarabia, B; Can, A; Guerrero, J. Prevalencia de obesidad exógena en Hombres y Mujeres de 20 a 45 años de edad en la Comunidad de Alfredo V. Bonfil durante el periodo del 1 de enero al 30 de octubre del 2014. RICS [Internet]. 2016 [citado 13 mayo 2019]; 5(9). Disponible en: <http://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/30/83>
4. paho.org [Internet]. Santiago: Organización Panamericana de la Salud; 2017 [citado 13 mayo 2019]. América Latina y el Caribe: Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional. Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición, 2016; 174 págs Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33680>
5. Paye, E; Navia, M. Prevalencia y factores de riesgo asociados para sobrepeso y obesidad en la población adulta de la Ciudad de la Paz, gestión 2014. Revista "Cuadernos" [Internet]. 2018 [citado 13 mayo 2019]; 33-42. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/chc/v59nEspecial/v59nEspecial_a05.pdf
6. Varona, P; Gámez, D; Díaz, M. Impacto del sobrepeso y obesidad en la mortalidad por enfermedades no transmisibles en Cuba. Revista Cubana de Medicina General

- Integral [Internet]. 2018 [citado 13 mayo 2019]; 34(3): 71-81. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/521/213>
7. who.int [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado 13 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
 8. Ramón, E; et. Prevalencia de sobrepeso/obesidad y su asociación con diabetes, hipertensión, dislipemia y síndrome metabólico: estudio transversal de una muestra de trabajadores en Aragón, España. Nutr Hosp [Internet]. 2019 [citado 13 mayo 2019]; 36(1):51-59 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v36n1/1699-5198-nh-36-01-00051.pdf>
 9. paho.org [Internet]. San José: Organización Panamericana de la Salud; 2009 [citado 13 mayo 2019]. Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica, 2008-2009; 57 págs. Disponible en: https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=67-encuesta-nacional-de-nutricion-costa-rica-2008-2009&category_slug=alimentacion-y-nutricion&Itemid=222
 10. Ministerio de Salud [Internet]. San José: Ministerio de Salud; 2014 [citado 13 mayo 2019]. Estrategia nacional de abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013-2021; 106 págs. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/planes-estrategicos-institucionales/3487-estrategia-ecnt/file>
 11. Loría, T. Caracterización de los estilos de vida, nivel de actividad física y prevalencia de obesidad en la población estudiantil de la sede de occidente, de la universidad de costa rica: aporte para un plan de intervención. [Internet]. Campus Presbítero Benjamín Núñez, Heredia; 2014. [citado 13 mayo 2019]. Disponible en:

<https://www.repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/11314/Tesis%208690?sequence=1&isAllowed=y>

12. Cruz, E. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en los docentes de ambos sexos de 20 a 49 años del circuito escolar 07 de la Regional de Enseñanza de Puntarenas, en febrero y marzo del 2015. [Internet]. 2015. [citado 13 mayo 2019]. Disponible en: <http://170.246.100.50.uh.remotexs.xyz/xmlui/bitstream/handle/cenit/1172/MED-282.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Barrantes, K. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en el personal del Banco Central de Costa Rica, junio – julio 2016. [Internet]. 2017. [citado 13 mayo 2019]. Disponible en: <http://170.246.100.50.uh.remotexs.xyz/xmlui/bitstream/handle/cenit/1328/MED-421.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Universidad de Costa Rica [Internet]. Costa Rica: Castillo, M; Rojas, R; Coto, M; 2017 [citado 13 mayo 2019]. Encuesta actualidades 2016; 58 págs. Disponible en: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2017/01/23/mayoria-de-la-poblacion-en-costa-rica-es-sedentaria.html>
15. Ministerio de Salud [Internet]. San José: Ministerio de Salud; 2017 [citado 13 mayo 2019]. Plan para el Abordaje Integral del Sobrepeso y la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia; 81 págs. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/planes_salud/abordaje_obesidad.pdf
16. Chinnock, A; Zúñiga, G. Prevalencia de malnutrición según grupos de edad en diferentes comunidades de Costa Rica entre 1997 y 2014. PSM [Internet]. 2018

- [citado 13 mayo 2019]; 15(2). Disponible en:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/31008>
17. Abarca, K. Prevalencia de factores de riesgo para diabetes tipo 2 relacionados con el estado nutricional y estilo de vida de adultos de 25 a 50 años de la comunidad de Villa Esperanza de Pavas del 2018. [Internet]. 2019. [citado 13 mayo 2019]. Disponible en: <http://170.246.100.50.uh.remotexs.xyz/xmlui/handle/cenit/4049>
 18. Liria, R. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. [Internet]. 2012 [citado 16 Feb 19]; 29(3):357-360. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n3/a10v29n3>
 19. costaricapropone. [Internet]. Costa Rica Propone; [citado 16 Feb 19]. Disponible en: <https://www.costaricapropone.go.cr/canton/palmars>
 20. Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. Costa Rica: INEC [citado 13 mayo 2019]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/censos/censos-2011>
 21. Teletica.com [Internet]. San José: Castro, M; 2018 [citado 16 Feb 2019]. Disponible en: https://www.teletica.com/199424_costa-rica-es-el-segundo-pais-del-area-con-el-mayor-indice-de-obesidad-infantil
 22. elmundo.cr [Internet]. San José; 2018 [citado 16 Feb 2019]. Disponible en: <https://www.elmundo.cr/costa-rica/costa-rica-es-el-segundo-pais-con-mayor-obesidad-de-america-latina/>
 23. Teletica.com [Internet]. San José: Céspedes, D; 2017 [citado 16 Feb 2019]. Disponible en: https://teletica.com/159518_palmars-quiere-dejar-de-ser-el-canton-con-mas-obesidad-del-pais

24. infomed [Internet]. Cuba: Dehesa, G; s.f [citado 20 Jun 2019]. Disponible en: http://www.uvsfajardo.sld.cu/sites/uvsfajardo.sld.cu/files/modo_y_estilo_de_vida_promocion_de_salud_gdehesa.pdf
25. Mariño, A; Núñez, M; Gámez, A. Alimentación saludable. medigraphic [Internet]. s.f [citado 13 mayo 2019]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actamedica/acm-2016/acm161e.pdf>
26. ResearchGate [Internet]. Venezuela: Grupo de Diseño Disciplinas Sociomédicas; 2007[citado 13 mayo 2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/303365752_La_higiene_personal_y_la_salud
27. Ministerio de Salud [Internet]. San José: Ministerio de Salud; 2011[citado 13 mayo 2019]. Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021; 41 págs. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/1164-plan-nacional-de-actividad-fisica-y-salud-2011-2021/file>
28. Pascucci, M. El ocio como fuente de bienestar y su contribución a una mejor calidad de vida. Cienciared [Internet]. Año IV [citado 13 mayo 2019]; (7): 39-53. Disponible en: http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/41/1319/calidaddevidauflo_pp39_53.pdf
29. Rodríguez, J; Pastor, A; López, S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. [Internet]. 5. Suplemento. España: Universidad de Alicante; 1993. [citado 13 mayo 2019]. Disponible en: <http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/2872/Afrontamiento%20y%20apoyo%20social%20calidad%20de%20vida%20y%20enfermedad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

30. Federación Mexicana de Diabetes, A.C. [Internet]. México: 2015 [citado 20 Jun 2019]. El estilo de vida como un factor para la obesidad. Disponible en: <http://fmdiabetes.org/el-estilo-de-vida-como-un-factor-para-la-obesidad/>
31. Mercedes, N et al. Manual Práctico de Obesidad en el adulto, Atención Primaria. [Internet]. Uruguay: Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular; 2009. [Citado 20 Jun 2019]. Disponible en: https://www.cardiosalud.org/files/documents/chscv_manual_de_obesidad_en_baja.pdf
32. who.int [Internet]. Organización Mundial de la Salud; s.f [Citado 20 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>
33. Texas Heart Institute [Internet]. Texas: Texas Heart Institute; s.f [Citado 20 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/obesidad-y-sobrepeso/>
34. National Heart, Lung, and Blood Institute [Internet]. Bethesda: National Heart, Lung, and Blood Institute; s.f [Citado 20 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/espanol/sobrepeso-y-obesidad>
35. Díaz, MC; Díaz, MT. Obesidad y autoestima. Enfermería Global [Internet]. 2008 [citado 13 mayo 2019]; 7 (2): 1-10. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3658/365834749021.pdf>
36. González, C; Agudo, A. Factores. Factores de riesgo: Aspectos generales. [Internet]. 5ª ed. España: Elsevier; 2003. [citado 13 mayo 2019]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II_EMF_225-237.pdf

37. Perea, A et al. Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad. Acta Pediátr Mex [Internet]. 2014 [citado 13 mayo 2019]; 35(4): 316-337. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v35n4/v35n4a9.pdf>
38. binasss [Internet]. Vargas, W; 2014 [citado 16 Feb 2019]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/obesidadfinal.pdf>
39. Raile, M. Modelos y teorías en enfermería. 8ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L; 2015.
40. Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. Metodología de la investigación. México, D.F.: McGraw- Hill Education; 2014.
41. Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. Costa Rica: INEC [citado 13 mayo 2019]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>
42. slideshare [Internet]. Ramírez, P; s.f [citado 16 Feb 2019]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/pedrito236/sociodemografia-ciencia-o-teoria>
43. Campos, H; Momi, A; Granados, K; Zamora, A; Capitán, C. Resumen del Primer Congreso Internacional en Nutrición Traslacional y Salud 2018. RHCS [Internet]. 2019 [citado 05 Dic 2019]; 5 (1): 3-16. Disponible en: <http://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/386>
44. World Action on Salt and Health. Sal y obesidad. pp.centroamerica [Internet]. 2010 [citado 05 Dic 2019]. Disponible en: <http://pp.centramerica.com/pp/bancofotos/267-4758.pdf>
45. Bekersocialand [Internet]. Socialand MARS; s.f [citado 05 Dic 2019]. Disponible en: <https://www.bekersocialand.com/pdf/MARSConsumoDeCalorias.pdf>
46. Higuera, J; Pimentel, J; Mendoza, G; Rieke, U; Ponce, G; Camargo, A. El consumo de alcohol como factor de riesgo para adquirir sobrepeso y obesidad. Ra Ximhai

- [Internet]. 2017 [citado 05 Dic 2019]; 13(2): 53-62. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510004.pdf>
47. Escaffi, M; Cuevas, A; Vergara, K; Alonso, R. Tabaco y peso corporal. Rev Chil Enferm Respir [Internet]. 2017 [citado 05 Dic 2019]; 33:249- 251. Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v33n3/0717-7348-rcher-33-03-0249.pdf>
48. Sandoval, S. Situación nutricional del Área de Salud de Palmares- Servicio de Nutrición. 2018 [citado 05 Dic 2019].

ANEXOS

ANEXO #1 CLASIFICACIÓN DEL IMC

Clasificación del IMC	
Insuficiencia ponderal	< 18.5
Intervalo normal	$18.5 - 24.9$
Sobrepeso	≥ 25.0
Preobesidad	$25.0 - 29.9$
Obesidad	≥ 30.0
Obesidad de clase I	$30.0 - 34.9$
Obesidad de clase II	$35.0 - 39.9$
Obesidad de clase III	≥ 40.0

Figura N° 41 Clasificación del Índice de masa corporal.

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

ANEXO #2 INSTRUMENTO

ESTILOS DE VIDA EN RELACIÓN CON LA PREVALENCIA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

El propósito de este estudio es recopilar información acerca de los estilos de vida de las personas en los distritos de Santiago y Santa Ana, con el fin de determinar la relación que tienen con la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. La investigación es conducida por Shasling Danyssa Carranza Moreno, estudiante de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Hispanoamericana y se realiza como parte del trabajo final de graduación.

Se espera valorar el ámbito biológico, psicosocial, económico y ambiental del participante desde su experiencia de vida. Para esto se pretende aplicar un instrumento (cuestionario) para la obtención de la información. Este instrumento será utilizado únicamente con fines académicos y no será expuesto a personas ajenas a la investigación.

El participar en esta investigación no le genera riesgo alguno, todo lo recopilado es estrictamente confidencial, no obstante; los resultados podrían aparecer en una publicación o reunión científica, pero de manera anónima. El beneficio que va a obtener es la posibilidad de conocer su peso y talla para identificar si hay o no riesgo o prevalencia del sobrepeso y la obesidad. A usted no se le hará ningún pago por participar, ni tampoco va a perder algún derecho legal por aceptar ser parte de esta investigación.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y han sido contestadas de manera adecuada.

Accedo a participar como sujeto de investigación, en la presente.

No accedo a participar como sujeto de investigación, en la presente.

Instrucciones generales: A continuación, encontrará una serie de preguntas, marque aquella que se adapte más a su estilo de vida o la que se asemeje más a su opinión. En caso de que le surja una duda en alguna de las preguntas, consulte sin temor, pues su respuesta es vital para el estudio.

I Parte: Datos sociodemográficos

1. ¿Cuál es su sexo?

Femenino

Masculino

2. ¿En cuál de los siguientes grupos se encuentra en años cumplidos?

20 a 24

45 a 49

25 a 29

50 a 54

30 a 34

55 a 59

35 a 39

60 a 64

40 a 44

3. ¿Dónde vive actualmente?

Santiago, Palmares

Santa Ana

4. ¿Cuál es su nacionalidad?

Costarricense

Otro (Indique): _____

5. ¿Cuál es su estado civil actual?

Soltero (a)

Casado (a)

Unión libre

Divorciado (a)

Separado (a)

Viudo (a)

6. ¿Cuántas personas viven en su casa, contándolo a usted?

Vivo solo (Pase a la pregunta 8)

4

2

5

3

Otro: _____

7. ¿Cuál es la composición de su hogar?

Monoparental (un solo padre o madre)

Horizontal (con amigos o hermanos)

Completo (madre – padre – hijos o hermanos)

() Otro: _____

8. ¿Quién es el principal sostén económico del hogar?

() Yo (persona entrevistada)

() Madre de la persona entrevistada

() Cónyuge

() Ambos padres

() Entrevistado y pareja

Otro:

() Padre de la persona entrevistada

9. ¿Cuál es su ingreso económico mensual?

() De 150 000 a 200 000

() De 201 000 a 250 000

() De 251 000 a 300 000

() De 301 000 a 350 000

() De 351 000 a 400 000

() No recibo ningún ingreso

() Otro (Especifique): _____

10. ¿Con cuáles de los siguientes servicios cuenta?

() Electricidad y agua potable

() Electricidad, agua potable y recolección de basura

- Electricidad, agua potable y servicio telefónico
- Electricidad, agua potable e internet
- Electricidad, agua potable y cable
- Electricidad, agua potable, servicio telefónico, recolección de basura, internet, cable

11. ¿Cuál es su grado académico?

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

12. ¿Cuál es su condición actual en cuanto al aspecto laboral?

- Estoy desempleado (a) (Pasar a la pregunta 14)
- Trabajo y estudio
- Solamente trabajo
- Solamente estudio (Pasar a la pregunta 14)
- Soy administradora del hogar (Pasar a la pregunta 14)
- Estoy pensionado (a) (Pasar a la pregunta 14)

13. ¿Cuál es su jornada laboral?

- Jornada ordinaria diurna (cuando se trabaja entre las 5am y las 7pm)
- Jornada ordinaria nocturna (cuando se trabaja entre las 7pm y las 5am del día siguiente)
- Jornada ordinaria mixta (se trabaja una parte entre las cinco de la mañana y las siete de la noche y otra parte entre las siete de la noche y las cinco de la mañana)
- Jornada ordinaria acumulativa (no se trabaja sábado porque las horas que le corresponden a ese día se realizan los cinco días anteriores)
- Otro (Especifique): _____

II Parte: Estilos de vida

14. ¿Con qué frecuencia consume usted lácteos (leche, yogurt, queso)?

- Todos los días
- Un día a la semana
- Más de tres días a la semana
- Nunca
- Ocasionalmente
- Otro (Especifique): _____

15. ¿Con qué frecuencia consume usted frutas?

- Todos los días
- Un día a la semana
- Más de tres días a la semana
- Nunca
- Ocasionalmente
- Otro (Especifique): _____

16. ¿Con qué frecuencia consume usted vegetales y verduras?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los días | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Un día a la semana | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente |
| <input type="checkbox"/> Más de tres días a la semana | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____ |

17. ¿Con qué frecuencia consume usted embutidos como salchichas, salchichón, chorizo, mortadela y jamón?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los días | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Un día a la semana | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente |
| <input type="checkbox"/> Más de tres días a la semana | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____ |

18. ¿Con qué frecuencia consume usted mariscos como atún, tilapia, camarones, pulpo, almejas y calamar?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los días | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Un día a la semana | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente |
| <input type="checkbox"/> Más de tres días a la semana | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____ |

19. ¿Cuántos tiempos de comida realiza al día?

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 tiempo | <input type="checkbox"/> 4 tiempos |
| <input type="checkbox"/> 2 tiempos | <input type="checkbox"/> 5 tiempos |
| <input type="checkbox"/> 3 tiempos | <input type="checkbox"/> Más de 5 tiempos |

20. ¿Cuáles tiempos de comida realiza?

- Solo desayuno
- Solo almuerzo
- Solo cena
- Desayuno, almuerzo y cena
- Desayuno, almuerzo, cena y realizo una merienda
- Desayuno, almuerzo, cena y realizo dos meriendas
- Almuerzo y cena
- Desayuno, almuerzo, cena, hago dos meriendas y una colación nocturna

21. ¿De los tiempos de comida que realiza, cuál considera es el más pesado, es decir, en el que más alimentos consume?

- Desayuno
- Merienda (mañana)
- Almuerzo
- Merienda (tarde)
- Cena
- Colación nocturna
- Consumo las mismas porciones por plan alimenticio

22. ¿Cuál es su método de cocción más utilizado? **(Puede seleccionar varios)**

- Asado
- Frito

Hervido A la plancha

Al vapor

23. ¿Cuál tipo de grasa utiliza con mayor frecuencia para cocinar?

Aceite aerosol Aceite vegetal

Mantequilla Aceite de oliva

Manteca de cerdo Ninguno de los anteriores

24. ¿Suele agregarle sal a la comida ya condimentada?

Sí No

25. ¿Qué tipo de endulzante utiliza con frecuencia?

Azúcar blanca Azúcar moreno

Miel de abeja Tapa de dulce

Sustituto de azúcar Ninguno de los anteriores

26. Cuando compra o consume algún tipo de alimento, ¿toma en cuenta la cantidad de calorías que contiene?

Sí No

27. ¿Cuántas horas suele dormir al día, sin tomar en cuenta las siestas?

Menos de 7 horas 7 horas

8 horas

Más de 8 horas

28. ¿Siente que las horas que duerme, le otorgan un buen descanso?

Sí (Pase a la pregunta 30)

No (Continúe con la pregunta 29)

A veces (Continúe con la pregunta 29)

29. ¿Cuál puede ser el motivo que hace que las horas que duerme no le otorgan un buen descanso?

30. ¿Realiza actividad física?

Sí (Pase a la pregunta 32)

No (Continúe con la pregunta 31)

31. ¿Cuál es el motivo por el cual no realiza actividad física?

No dispongo de tiempo (Pase a la pregunta 35)

Me da pereza (Pase a la pregunta 35)

Considero que no lo necesito (Pase a la pregunta 35)

No tengo quién me acompañe (Pase a la pregunta 35)

Otro (Especifique): _____ (Pase a la pregunta 35)

32. ¿Qué tipo de actividad física realiza?

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Atletismo | <input type="checkbox"/> Fútbol |
| <input type="checkbox"/> Ciclismo | <input type="checkbox"/> Voy al gimnasio |
| <input type="checkbox"/> Natación | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Caminatas | |

33. ¿Cuánto tiempo le dedica a la actividad física durante el día?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 30 minutos | <input type="checkbox"/> 2 horas y 30 minutos |
| <input type="checkbox"/> 1 hora | <input type="checkbox"/> Más de 3 horas |
| <input type="checkbox"/> 1 hora y 30 minutos | |

34. ¿Cuántas veces a la semana realiza actividad física?

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 vez | <input type="checkbox"/> 4 veces |
| <input type="checkbox"/> 2 veces | <input type="checkbox"/> Más de 4 veces |
| <input type="checkbox"/> 3 veces | |

35. En su tiempo libre, ¿qué actividades suele realizar? (**Puede seleccionar más de una opción**)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Escuchar música | <input type="checkbox"/> Jugar videojuegos |
| <input type="checkbox"/> Ver televisión | <input type="checkbox"/> Navegar por internet |

Comer

Dormir

Caminar, correr o realizar deporte

Salir de fiesta con amigos

Recreación familiar

Otro (Especifique): _____

36. ¿Consume alcohol?

Sí (Continúe con la pregunta 37)

No (Pase a la pregunta 39)

37. ¿Con qué frecuencia consume alcohol?

Todos los días

Una o dos veces por mes

Una vez por semana

Otro (Especifique): _____

Más de dos veces por semana

38. ¿Cuándo toma cerveza en una actividad social y/o familiar, cuántas suele tomarse?

1 cerveza

Más de 6 cervezas

De 2 a 4 cervezas

Otro (Especifique): _____

De 4 a 6 cervezas

39. ¿Usted fuma?

Sí (Continúe con la pregunta 40)

No (Pase a la pregunta 42)

40. ¿Cuál es la frecuencia de su fumado?

Diaria

- 1- 3 veces a la semana
- Más de 3 veces a la semana
- Cuando tengo ansiedad o un estado anímico bajo
- Solo en fiestas

41. ¿Cuántos cigarrillos suele fumar?

- 1- 5 cigarrillos
- Más de 10 cigarrillos
- 6 – 10 cigarrillos

42. Considero que la relación con mi familia es buena:

- Totalmente de acuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

43. ¿Cómo califica sus relaciones interpersonales, es decir; la relación que tiene con las personas que le rodean: amigos, vecinos, conocidos?

- Muy satisfecho
- Insatisfecho
- Satisfecho
- Muy insatisfecho
- Ni satisfecho, ni insatisfecho

44. Me siento a gusto con la relación que tengo con mis compañeros de trabajo:

Totalmente de acuerdo

En desacuerdo

De acuerdo

Totalmente en desacuerdo

Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

No trabajo

45. Cuando se le presenta un problema, ¿de qué manera lo afronta?

Concentrándose en otras cosas

Practicando algún deporte o actividad recreativa

Intentando olvidar lo acontecido

Comiendo helado, chocolate o comidas rápidas que me hagan sentir mejor

Descargar mi enojo con los demás

Otro (Especifique): _____

III Parte: Prevalencia de sobrepeso y obesidad

46. ¿Sabe de alguien en su familia que haya sido diagnosticado con sobrepeso u obesidad, quién? **(Puede seleccionar más de una opción)**

Madre

Hijos

Padre

Hermanos

Abuelos

Otro (Especifique): _____

Tíos

47. De las siguientes condiciones, indique cuáles de ellas presenta usted actualmente:

- Enfermedad cardíaca
- Asma
- Diabetes mellitus
- Ninguna de las anteriores
- Hipertensión arterial
- Otra (Especifique): _____
- Artritis

48. Seleccione aquellas manifestaciones que ha presentado en los últimos 6 meses:

- Incremento de tallas
- Exceso de grasa en cintura
- Fatiga luego de acciones simples (colocarse los zapatos)
- Incremento de peso confirmado por báscula
- Dolor de espalda
- Ninguna de las anteriores

49. Considero que mi estado de salud actual es bueno:

- Totalmente de acuerdo (Pase al apartado denominado etapa final)
- De acuerdo (Pase al apartado denominado etapa final)
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (Pase al apartado denominado etapa final)
- En desacuerdo (Continúe con la pregunta 49)

() Totalmente en desacuerdo (Continúe con la pregunta 49)

50. ¿Estaría dispuesto (a) a realizar un cambio en sus hábitos?

() Sí (Pase al apartado denominado etapa final)

() No (Continúe con la pregunta 50)

51. ¿Por qué no estaría dispuesto (a) a realizar un cambio en sus hábitos?

ETAPA FINAL:

Indíquelo a la persona que le está realizando la encuesta, que usted ha llegado a esta etapa, para que ella pueda finalizar con la recopilación de los datos. Oprima siguiente y espere a las indicaciones que ella le brinde.

MEDICIONES

Peso: _____ kg

Talla: _____ m

IMC: _____

Condición: _____

¡Muchas gracias por su colaboración!

ANEXO #3 PLAN PILOTO

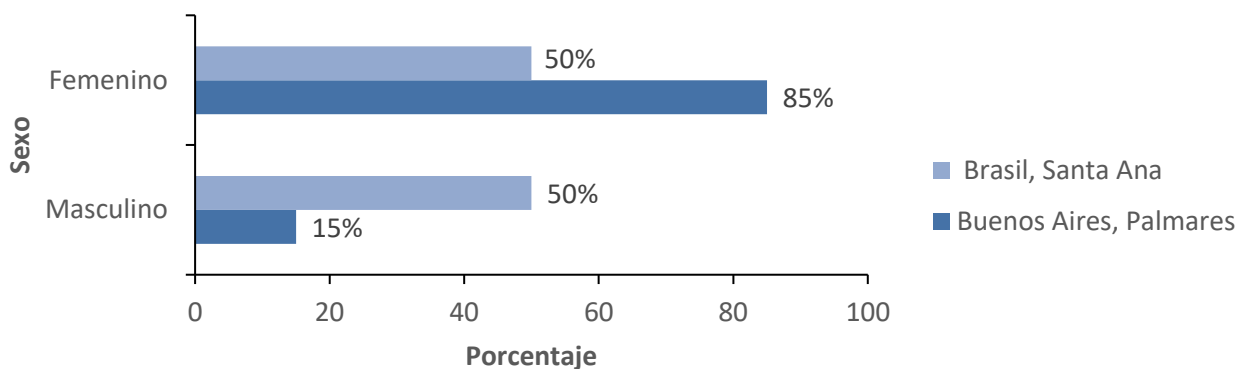


Figura N°1 Distribución porcentual de la población según sexo, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

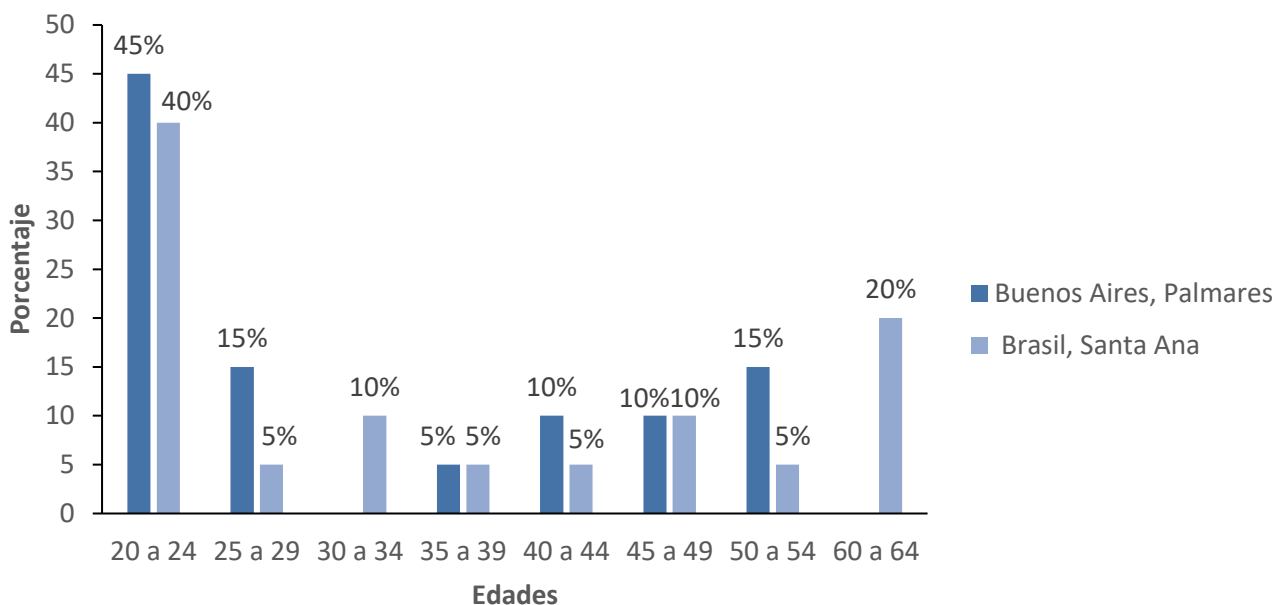


Figura N°2 Distribución porcentual de la población según edad, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

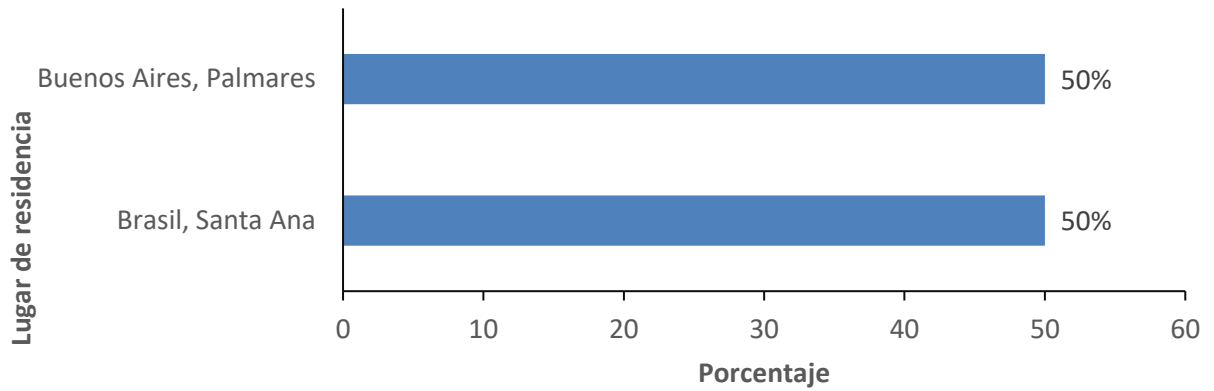


Figura N°3 Distribución porcentual de la población según residencia, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

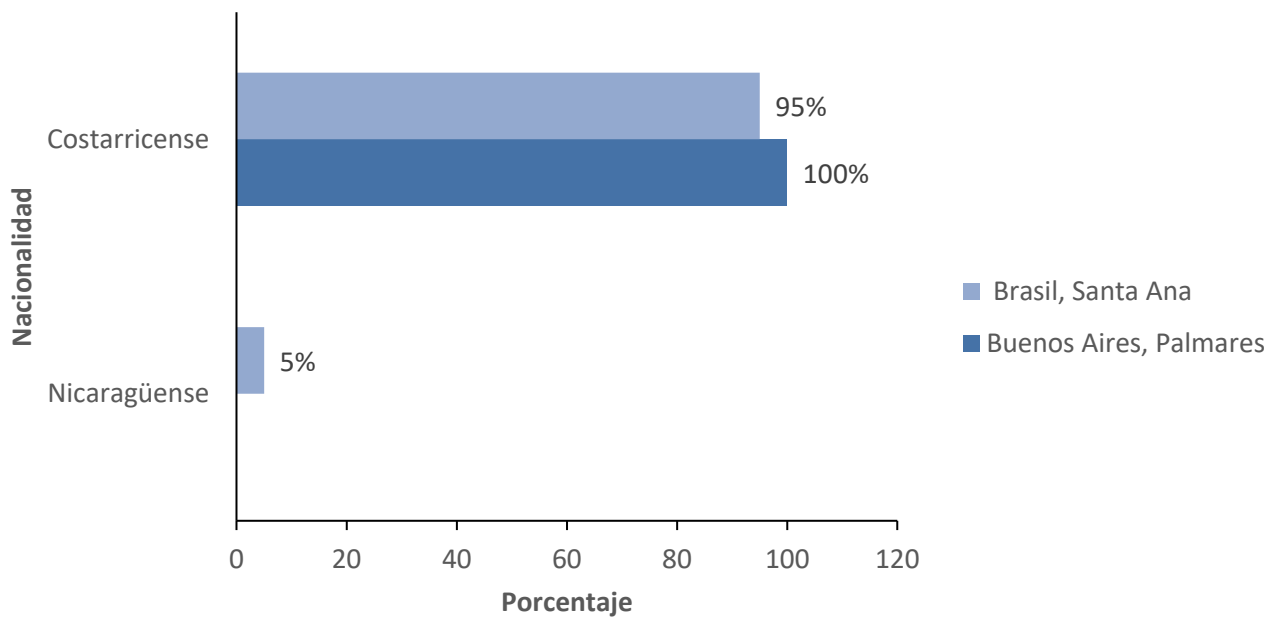


Figura N°4 Distribución porcentual de la población según nacionalidad, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

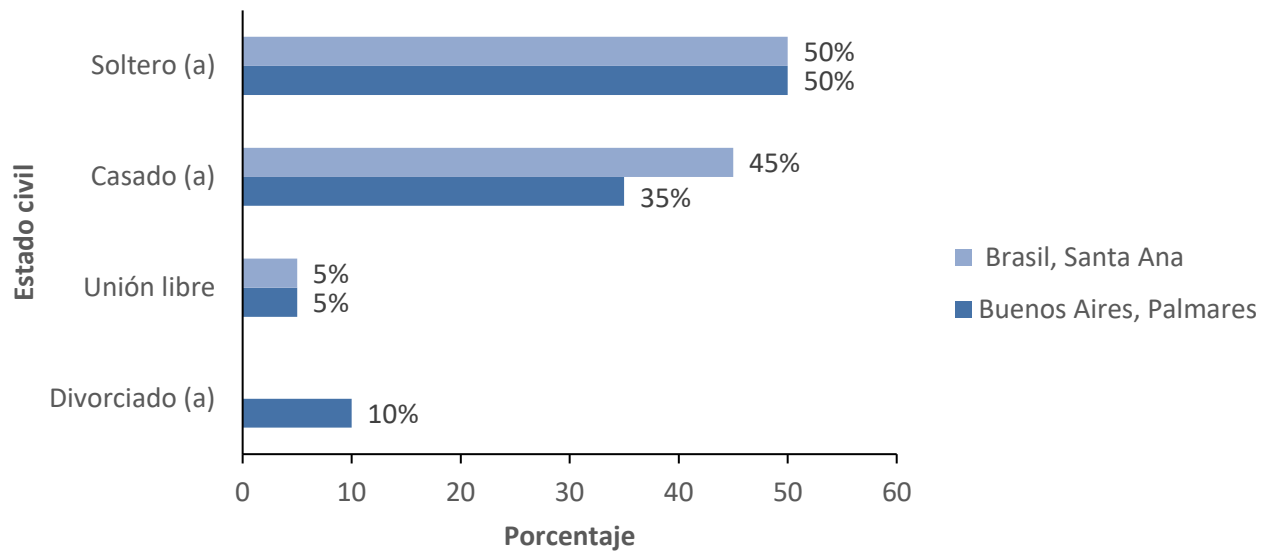


Figura N°5 Distribución porcentual de la población según estado civil, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

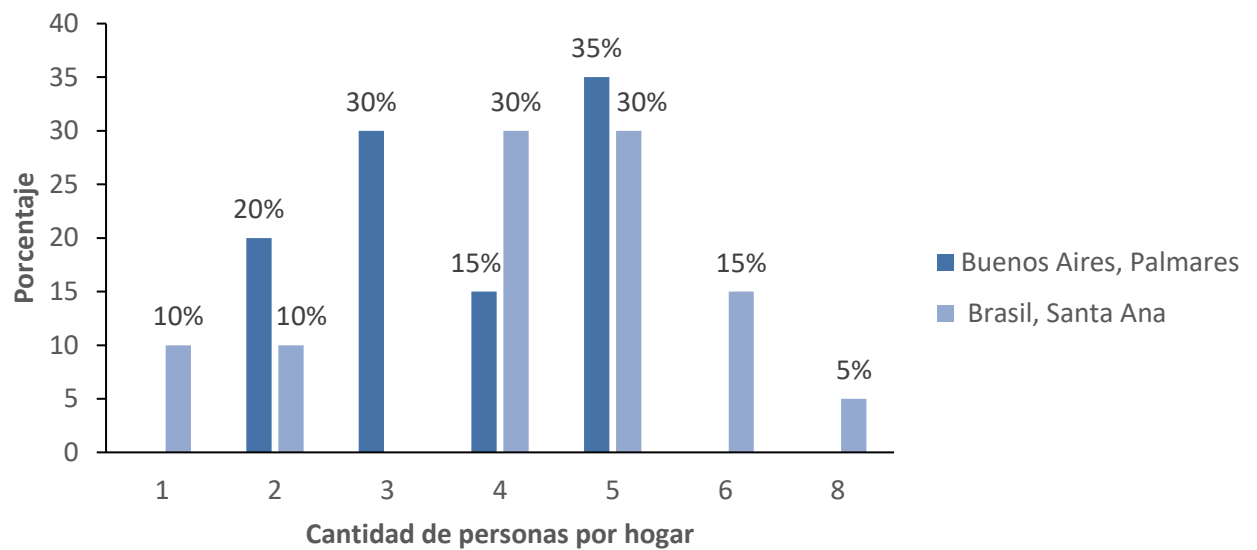


Figura N°6 Distribución porcentual de la población según cantidad de personas por hogar, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

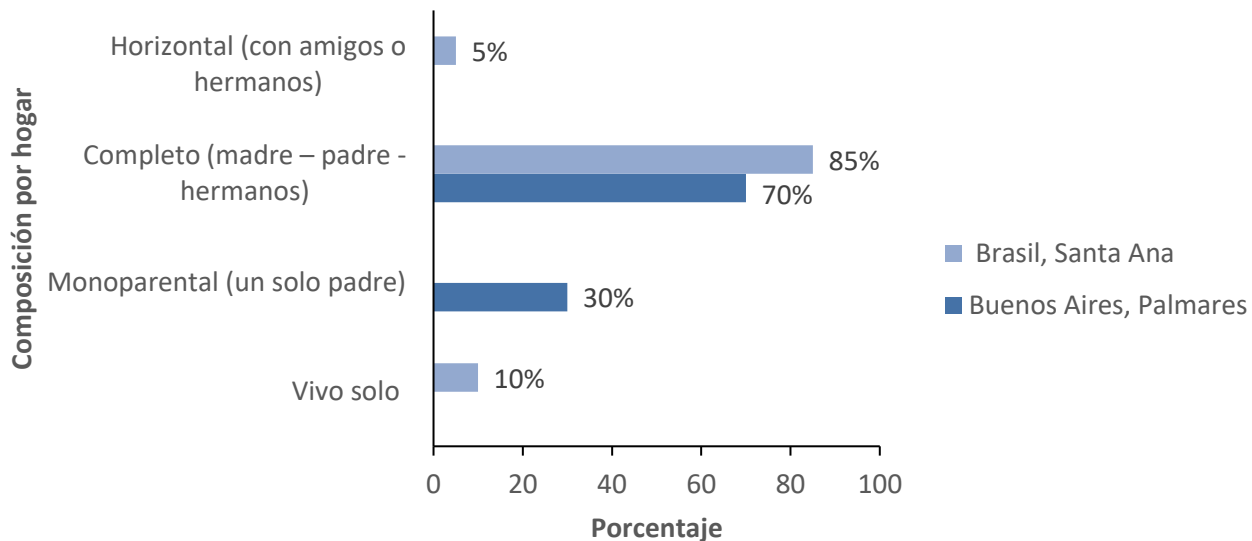


Figura N°7 Distribución porcentual de la población según composición por hogar, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

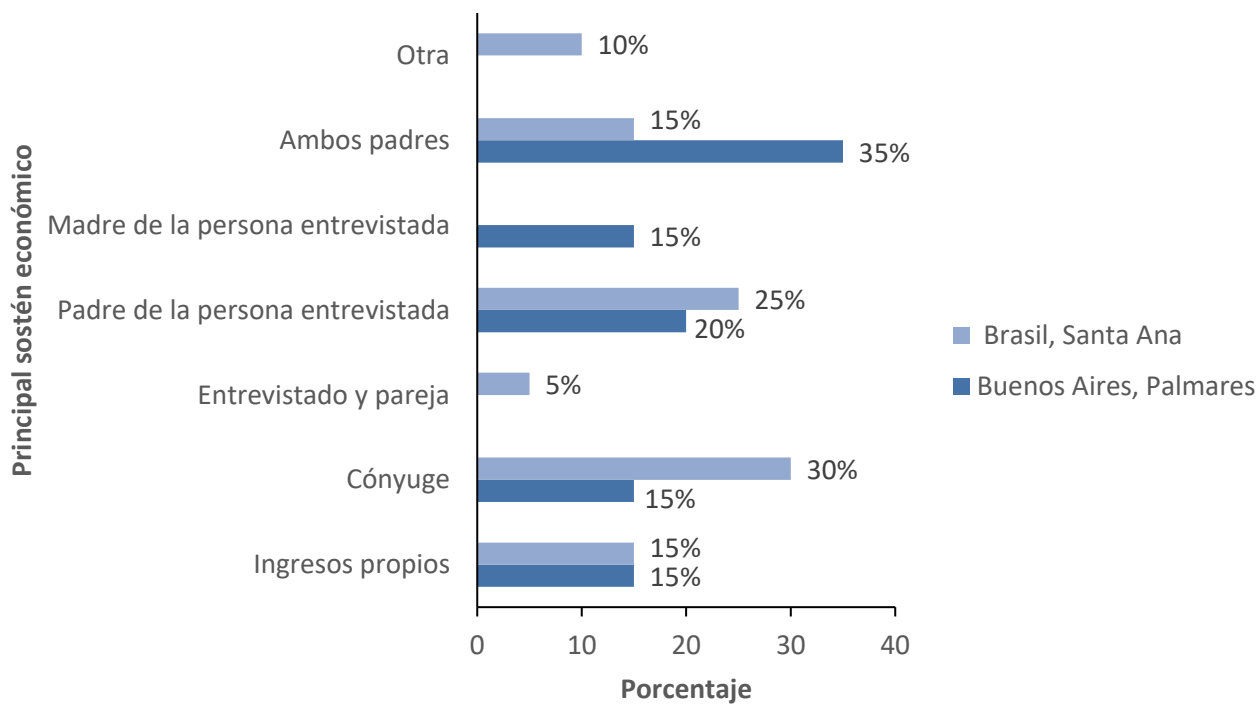


Figura N°5 Distribución porcentual de la población según principal sostén socioeconómico, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

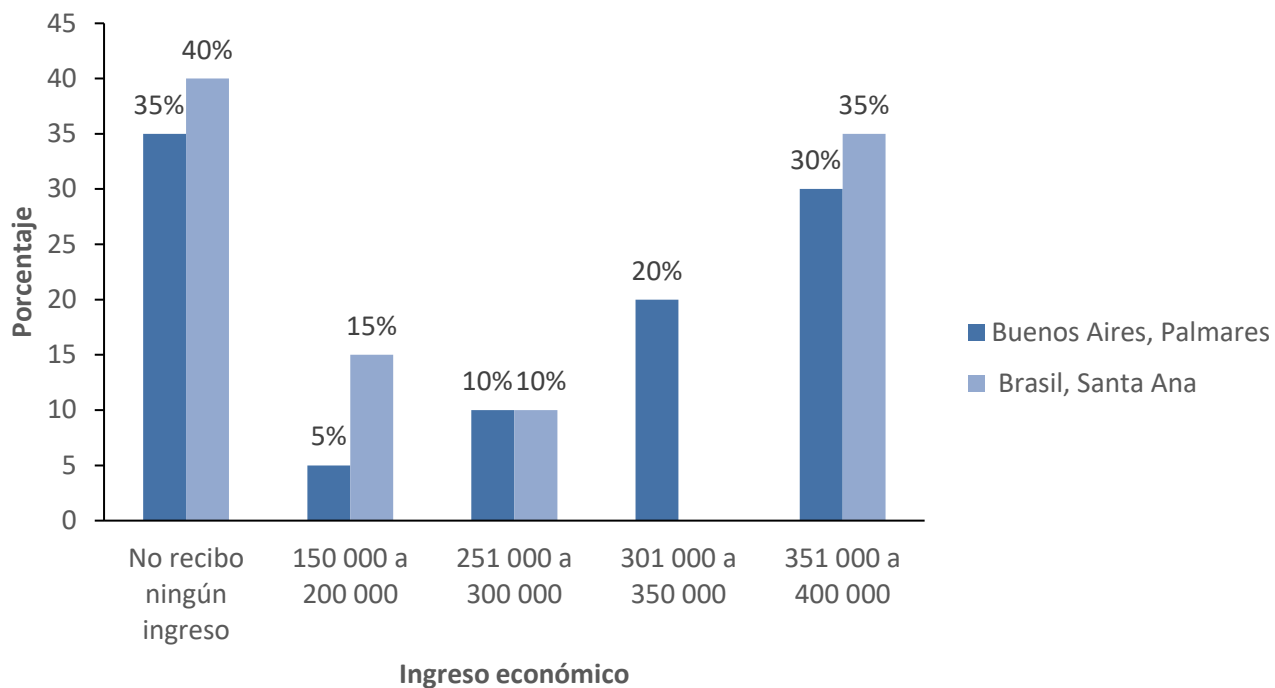


Figura N°6 Distribución porcentual de la población según ingreso económico, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

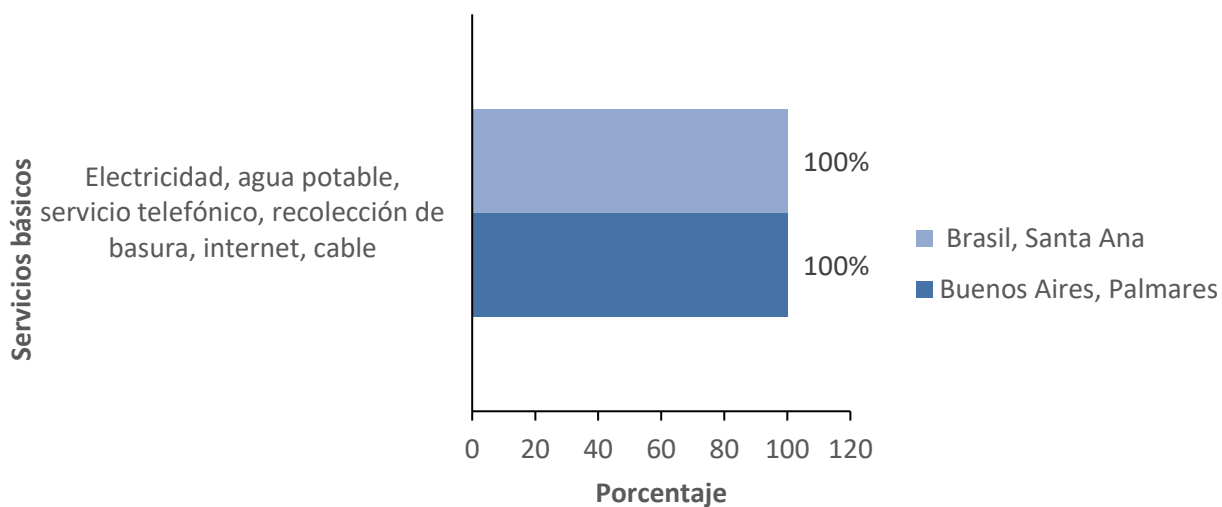


Figura N°7 Distribución porcentual de la población según servicios básicos, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

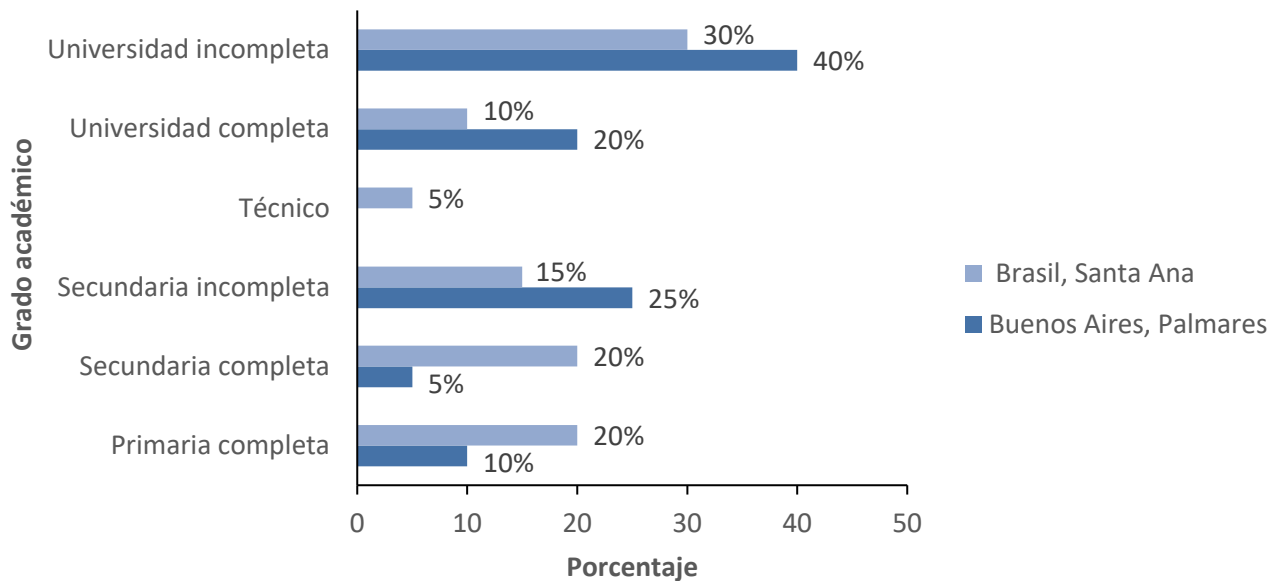


Figura N°8 Distribución porcentual de la población según grado académico, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

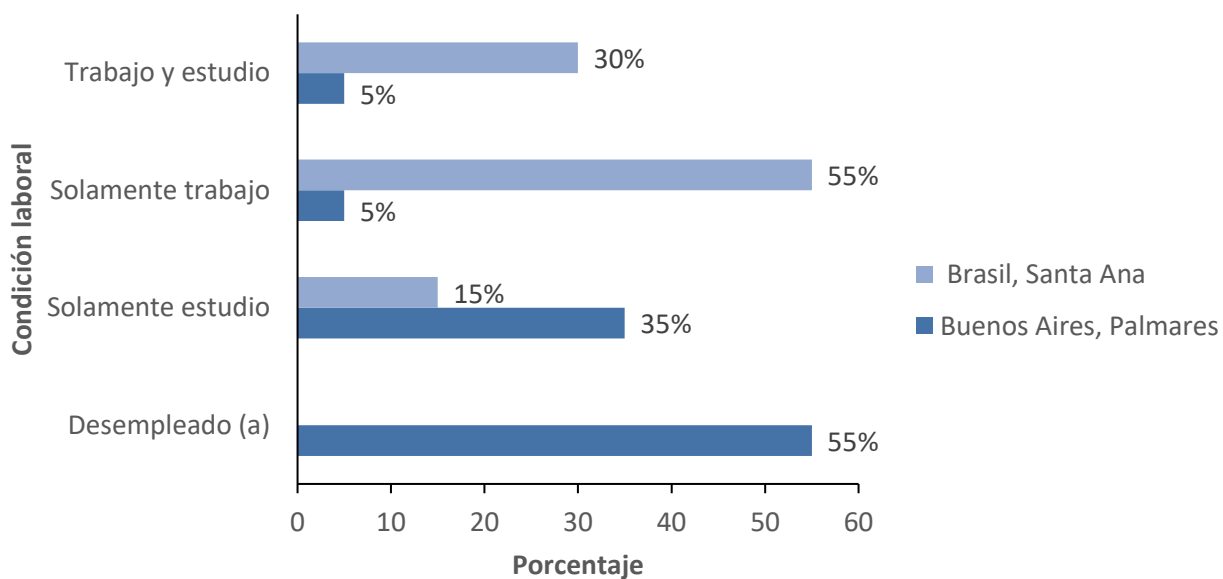


Figura N°9 Distribución porcentual de la población según condición laboral, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

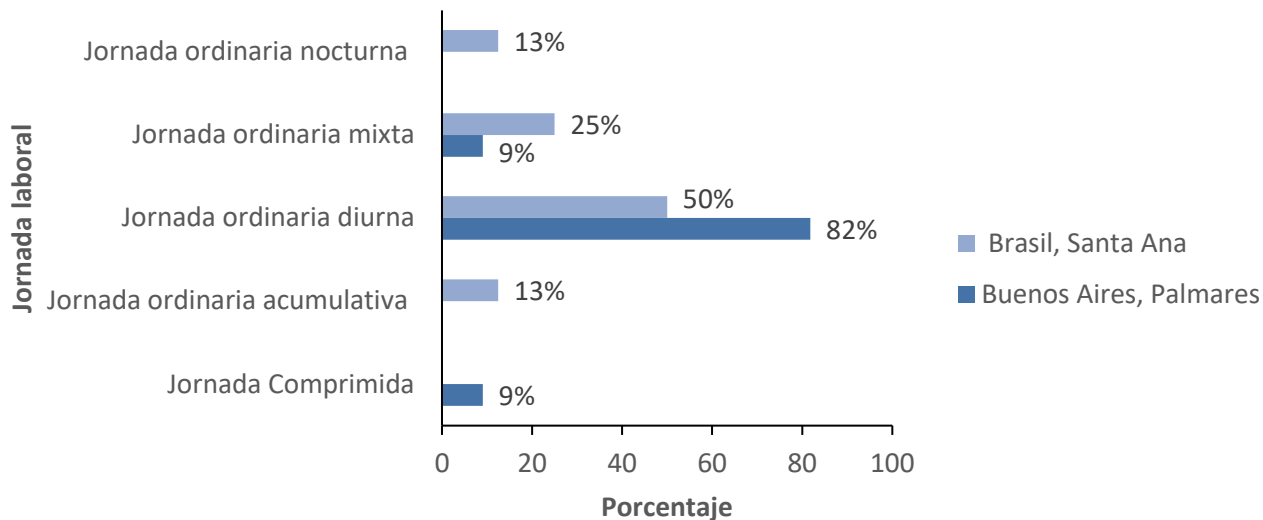


Figura N°10 Distribución porcentual de la población según jornada laboral, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

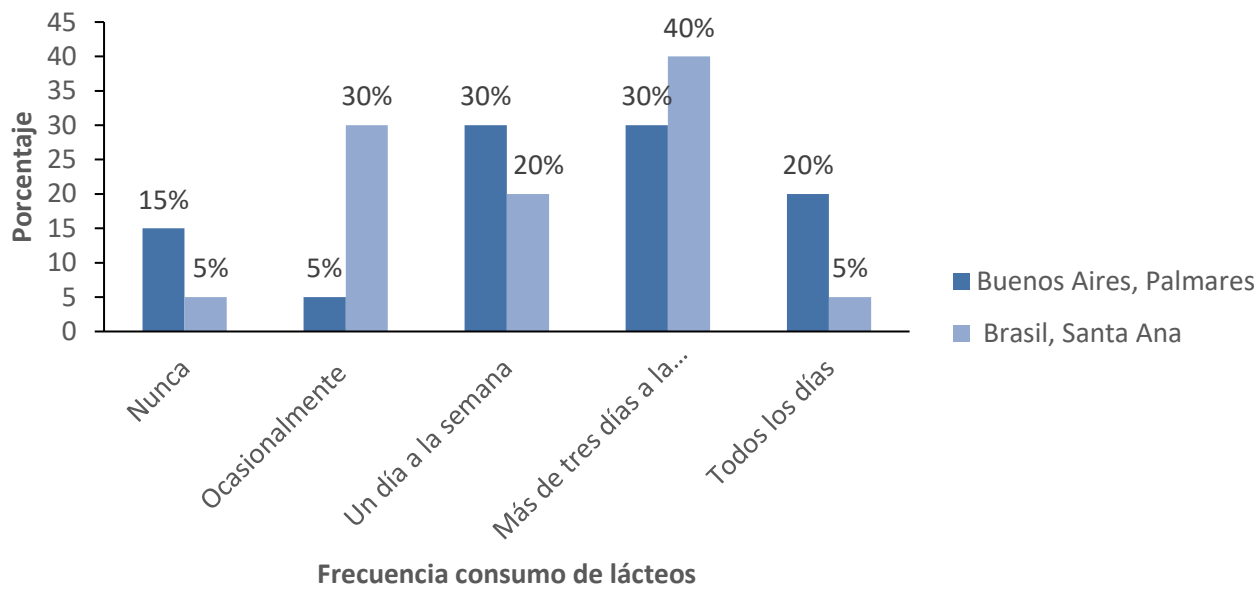


Figura N°11 Distribución porcentual de la población según frecuencia de consumo de lácteos, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

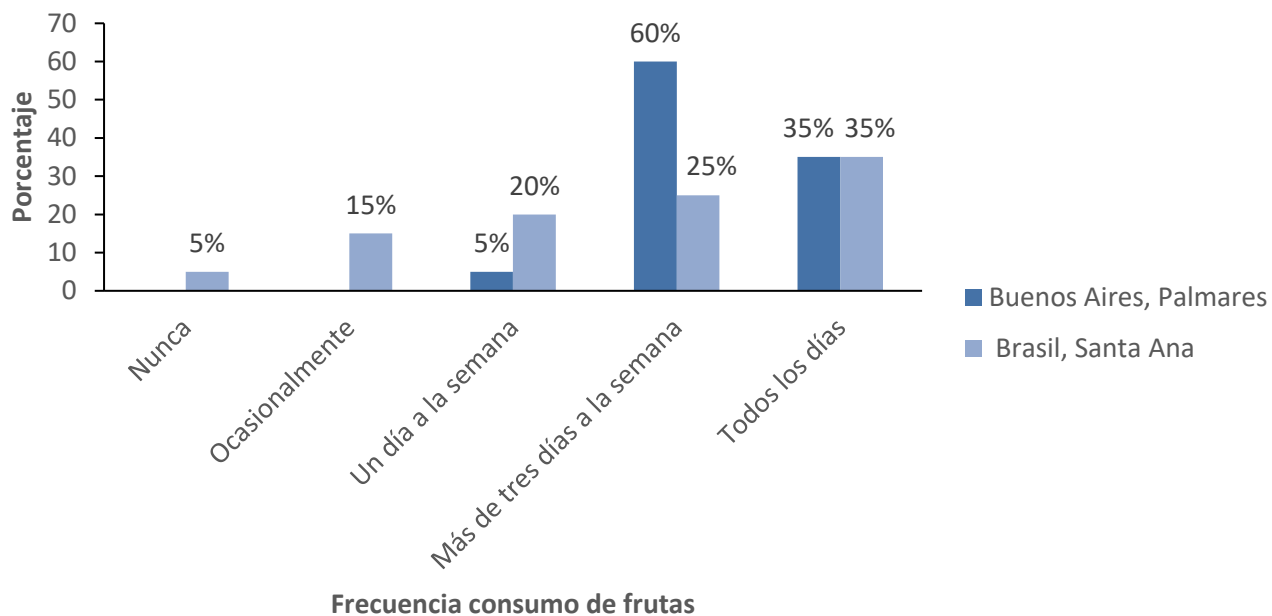


Figura N°12 Distribución porcentual de la población según frecuencia de consumo de frutas, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

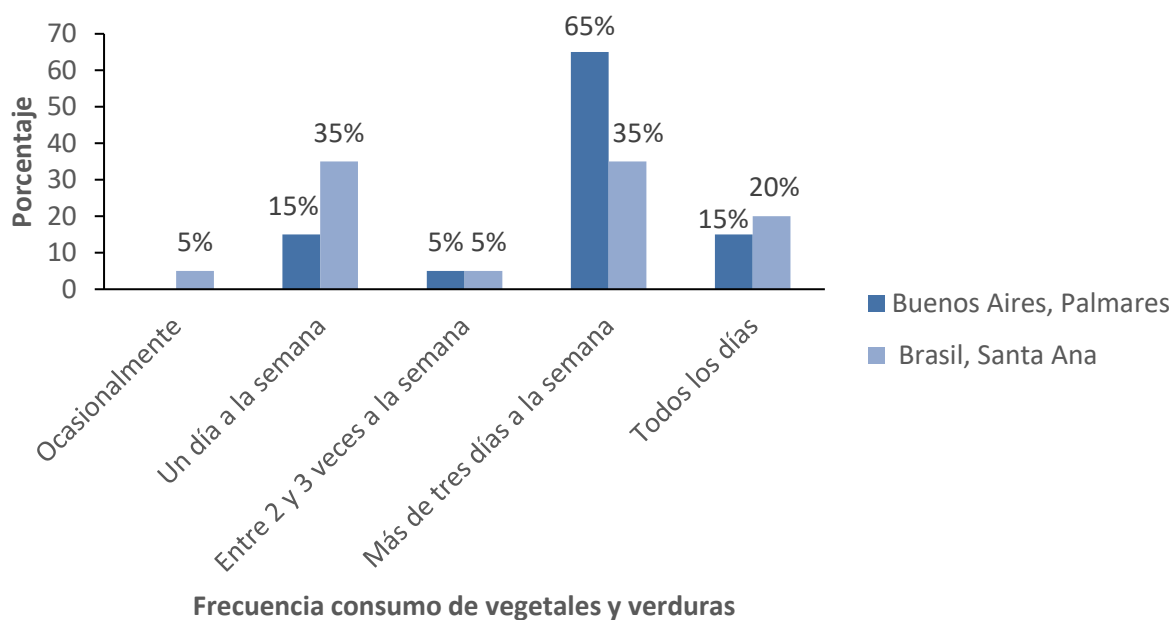


Figura N°13 Distribución porcentual de la población según frecuencia de consumo de vegetales y verduras, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

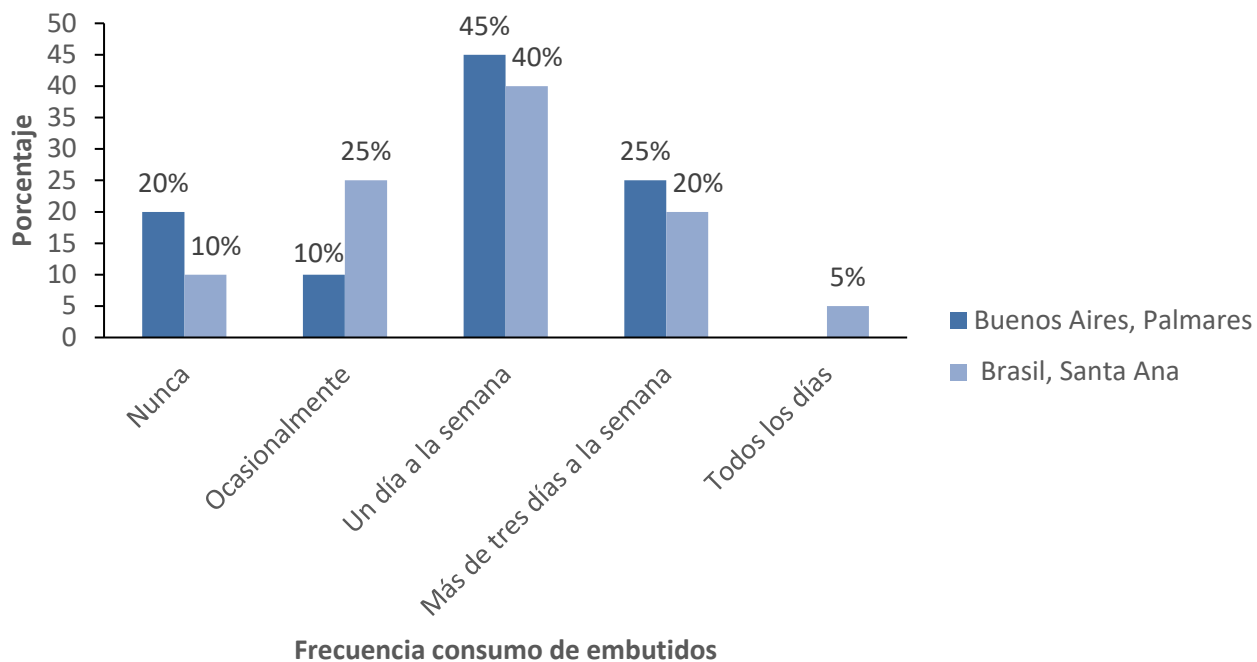


Figura N°14 Distribución porcentual de la población según frecuencia de consumo de embutidos, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

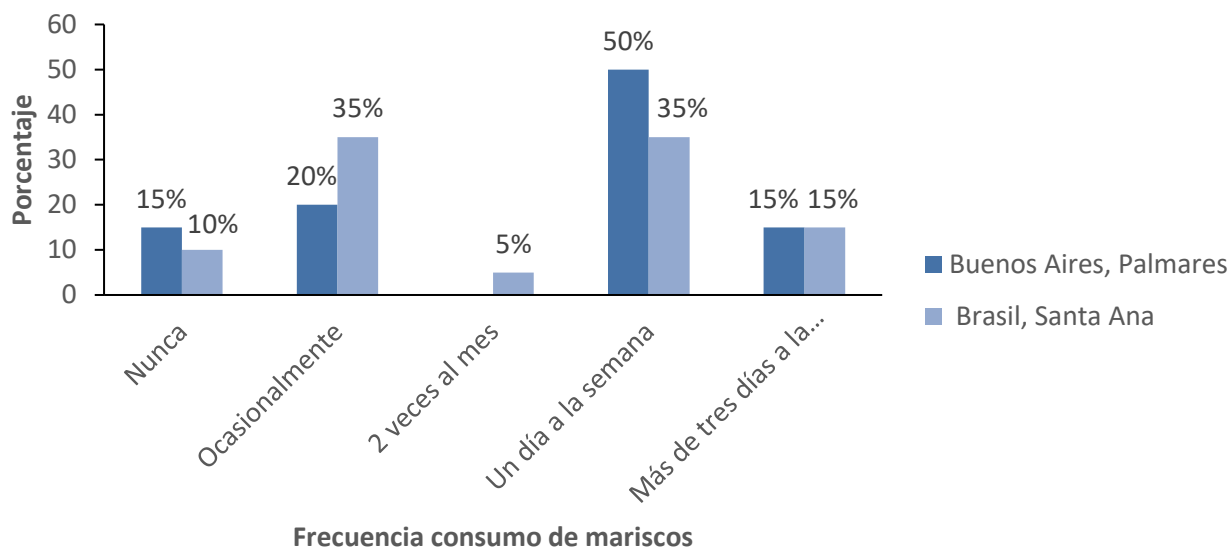


Figura N°15 Distribución porcentual de la población según frecuencia de consumo de mariscos, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

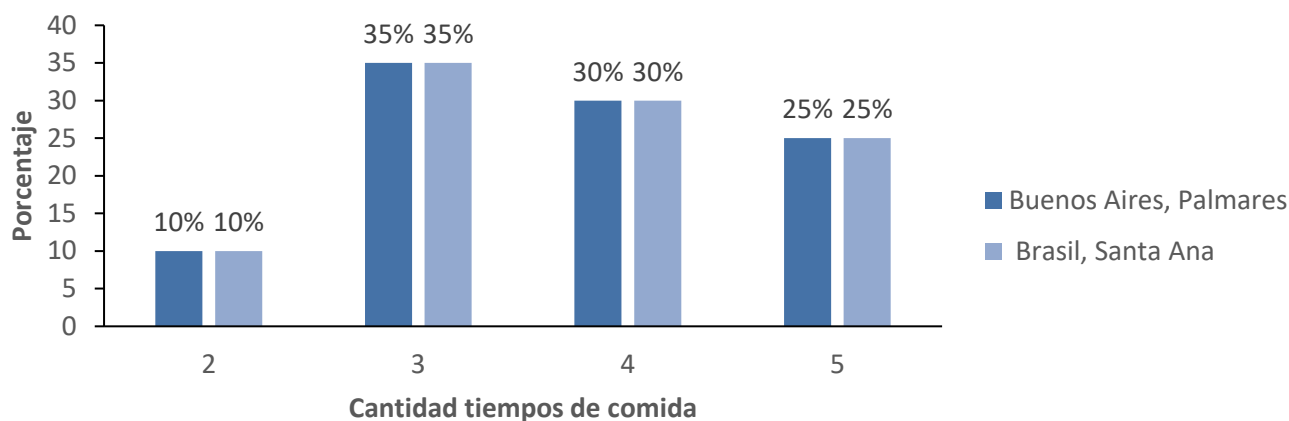


Figura N°16 Distribución porcentual de la población según cantidad de tiempos de comida, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N°1 Distribución porcentual de la población según tiempos de comida, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019.

Tiempos de comida	Porcentaje de respuestas		Porcentaje de respuestas	
	Buenos Aires, Palmares		Brasil, Santa Ana	
	Sí	No	Sí	No
Desayuno	90% (n=18)	10% (n=2)	90% (n=18)	10% (n=2)
Merienda (mañana)	55% (n=11)	45% (n=9)	65% (n=13)	35% (n=7)
Almuerzo	100% (n=20)	0% (n=0)	100% (n=20)	0% (n=0)
Merienda (tarde)	25% (n=5)	75% (n=15)	30% (n=6)	70% (n=14)
Cena	95% (n=19)	5% (n=1)	95% (n=19)	5% (n=1)
Colación nocturna	0% (n=0)	100% (n=20)	10% (n=2)	90% (n=18)

Fuente: Elaboración propia, 2019.

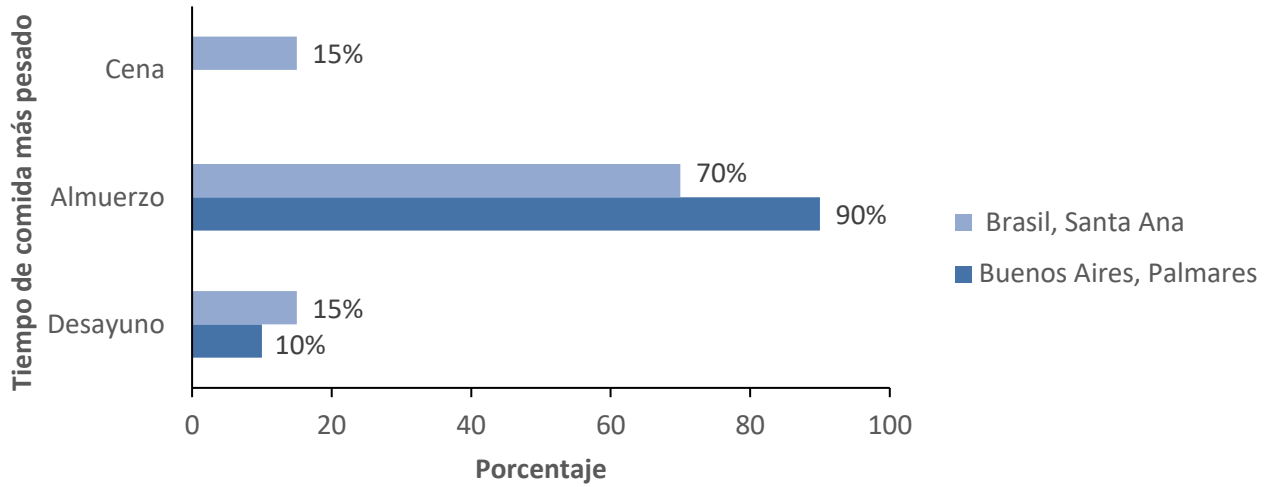


Figura N°20 Distribución porcentual de la población según tiempo de comida más pesado, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

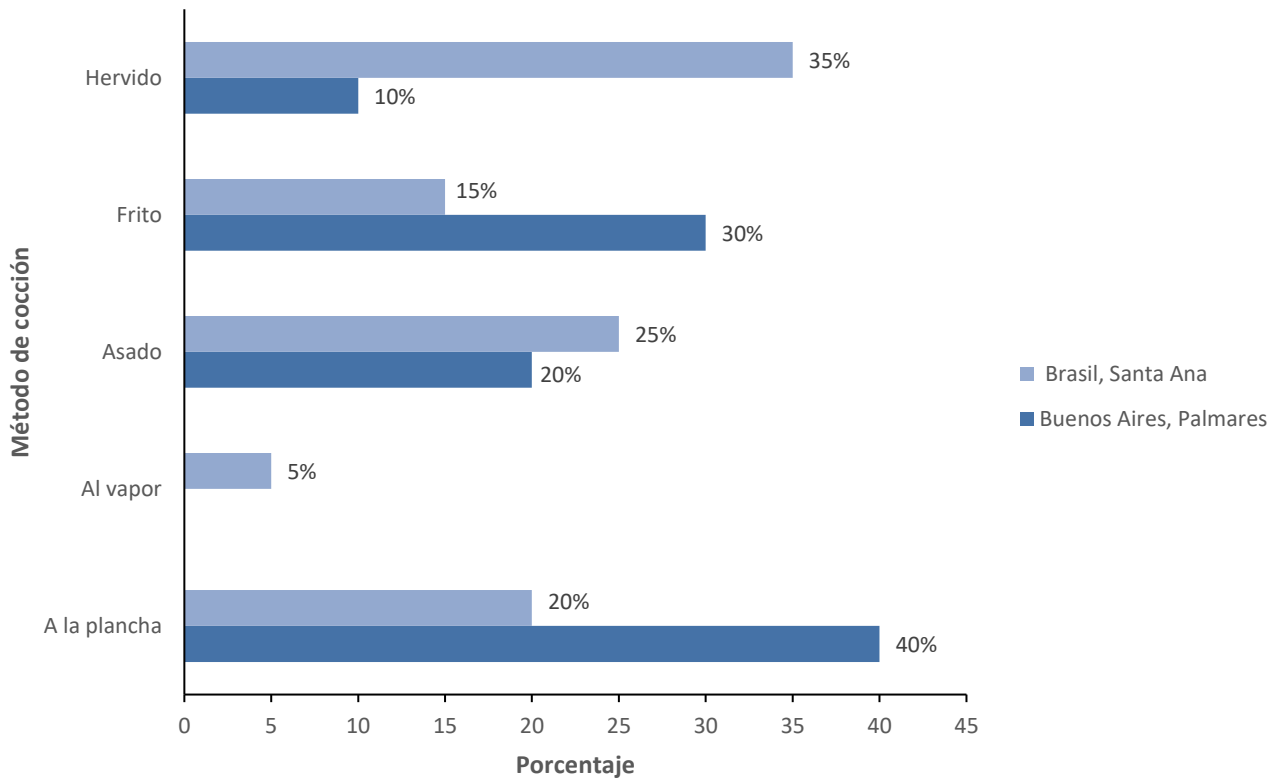


Figura N°21 Distribución porcentual de la población según método de cocción, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

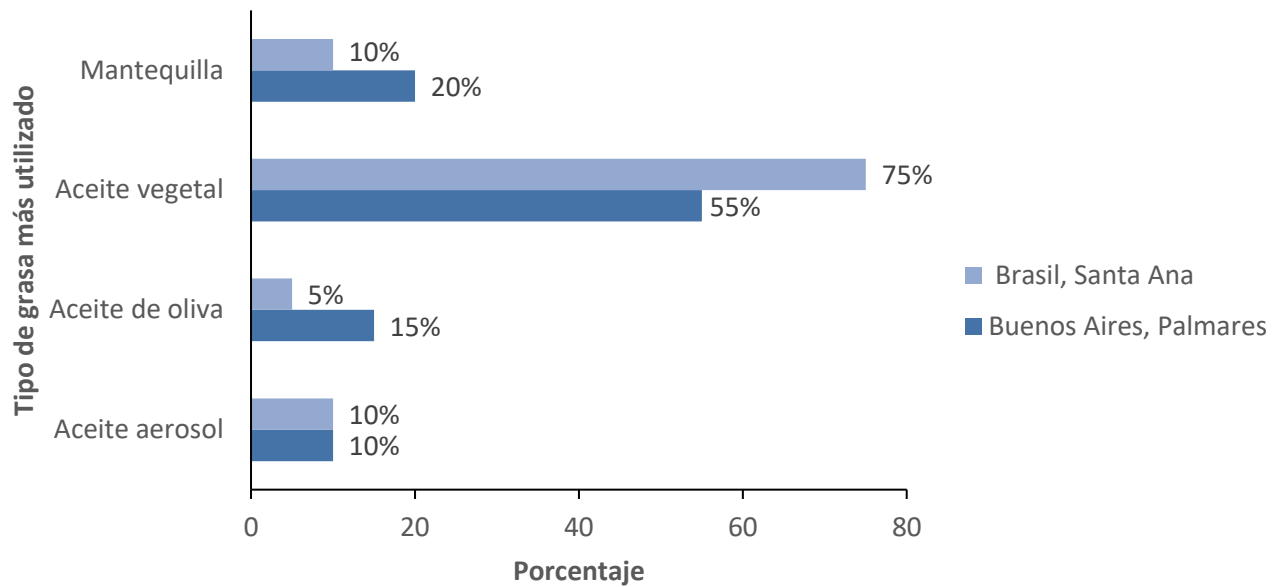


Figura N°22 Distribución porcentual de la población según tipo de grasa más utilizado, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

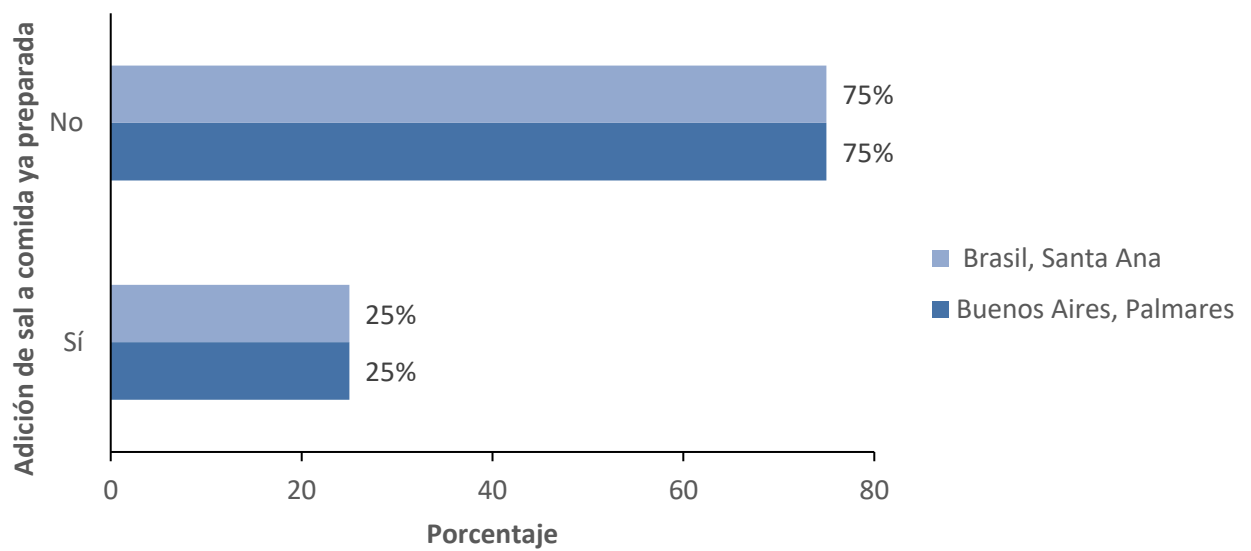


Figura N°23 Distribución porcentual de la población según adición de sal, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

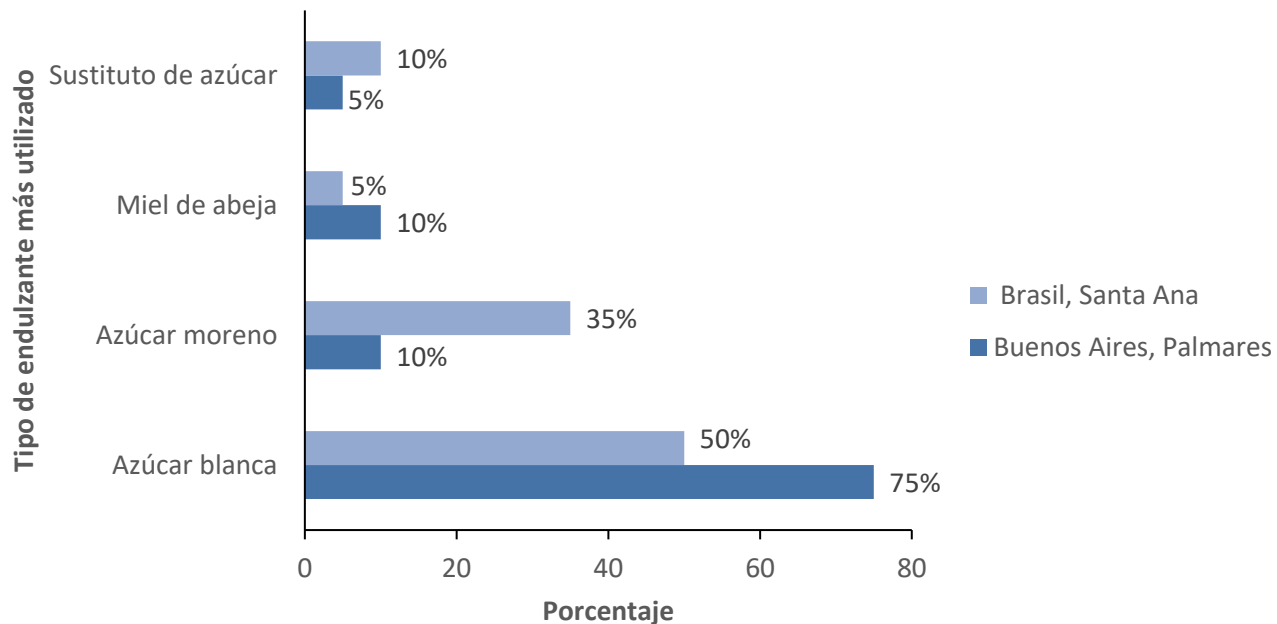


Figura N°24 Distribución porcentual de la población según tipo de endulzante más utilizado, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

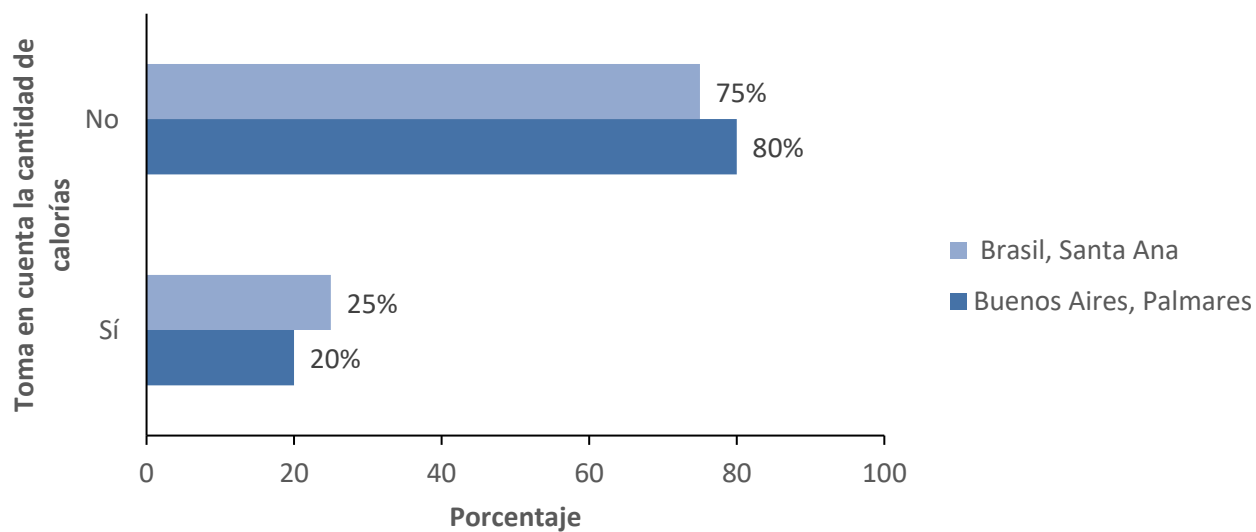


Figura N°25 Distribución porcentual de la población según cantidad de calorías, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

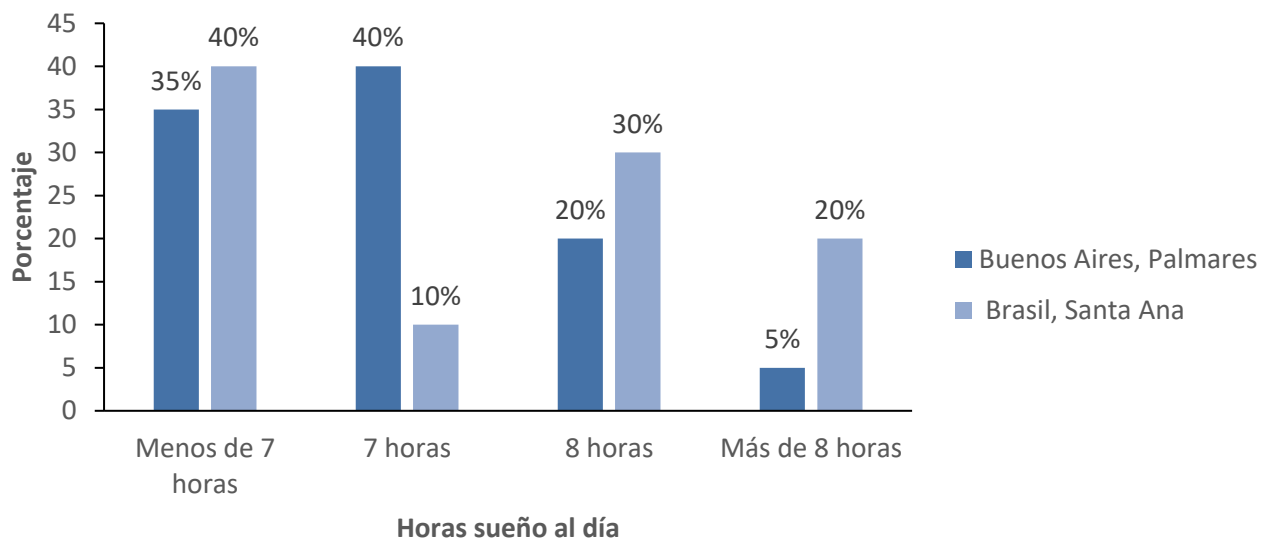


Figura N°26 Distribución porcentual de la población según cantidad de horas sueño, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

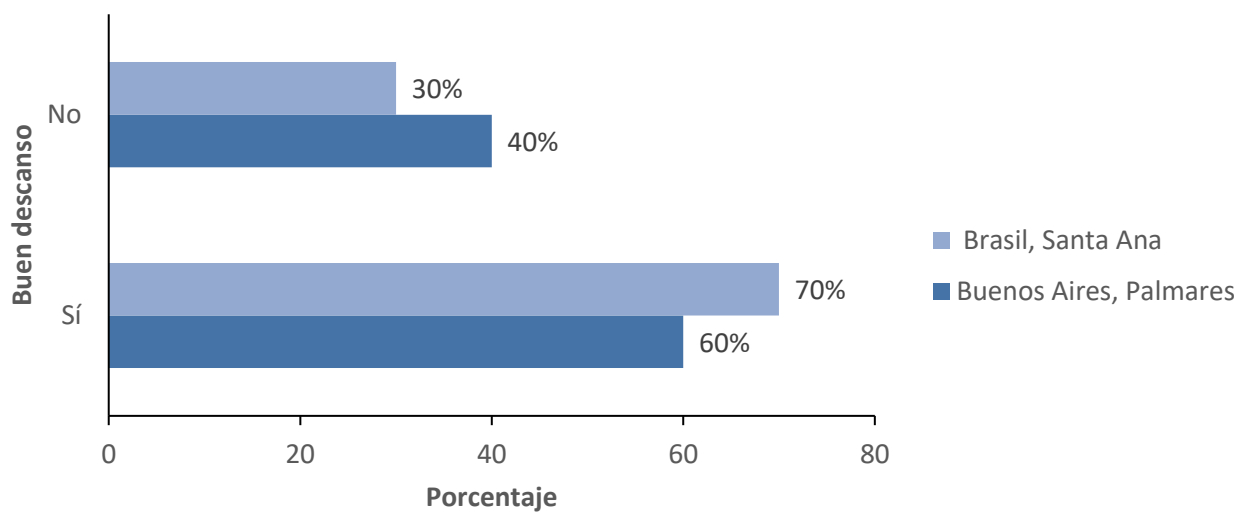


Figura N°27 Distribución porcentual de la población según buen descanso, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

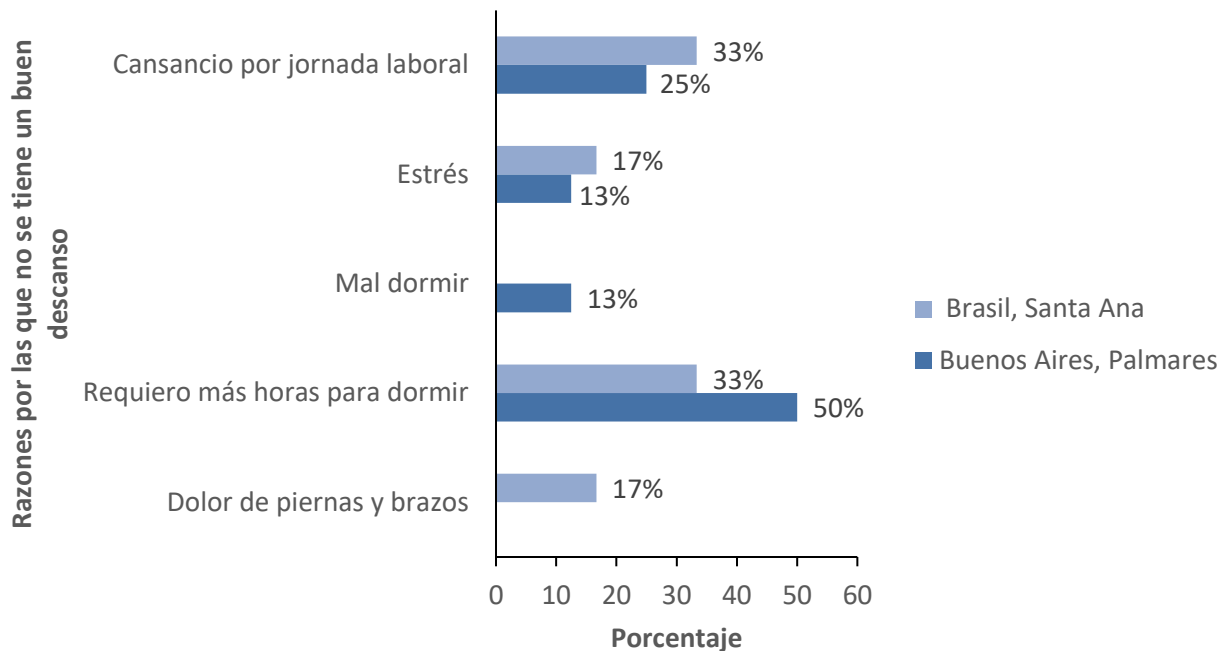


Figura N°28 Distribución porcentual de la población según razones por las que no se tiene un buen descanso, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

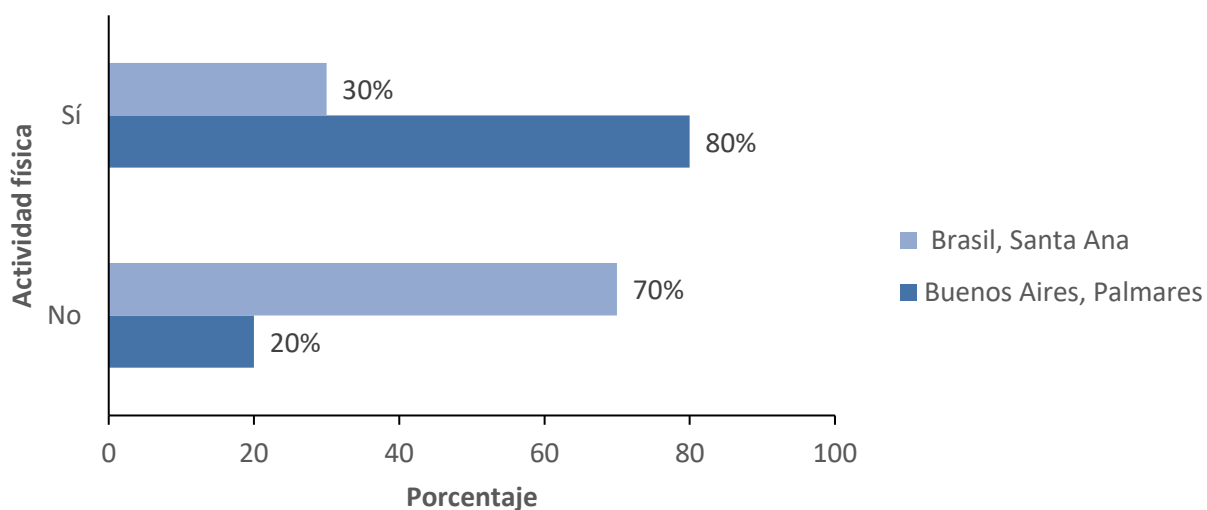


Figura N°29 Distribución porcentual de la población según actividad física, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

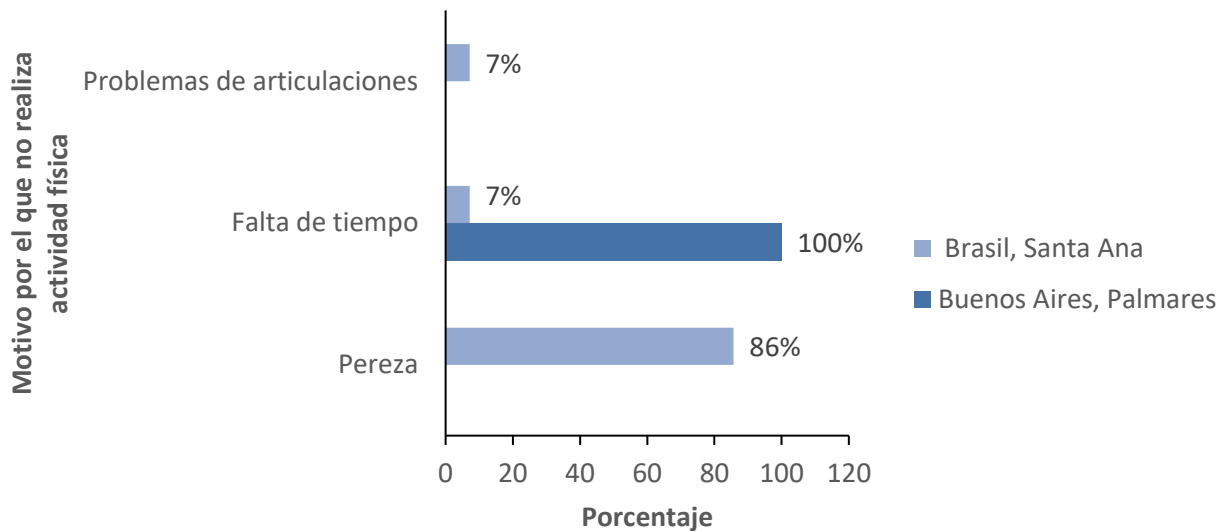


Figura N°30 Distribución porcentual de la población según motivo por el que no se realiza actividad física, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

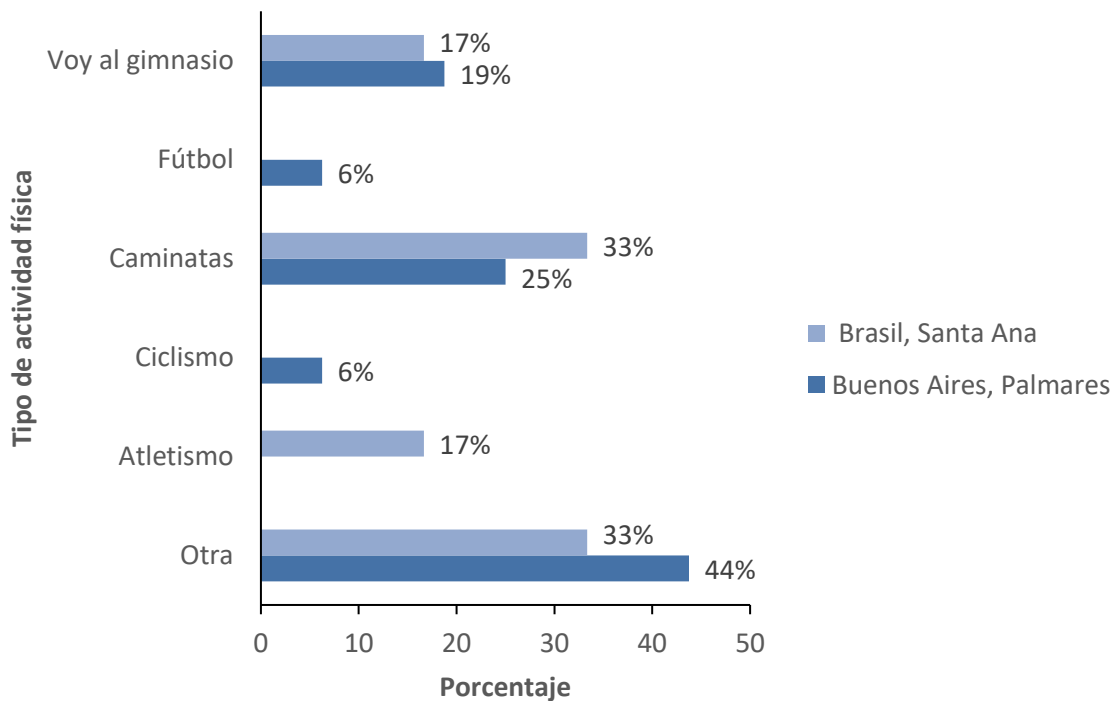


Figura N°31 Distribución porcentual de la población según tipo de actividad física, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

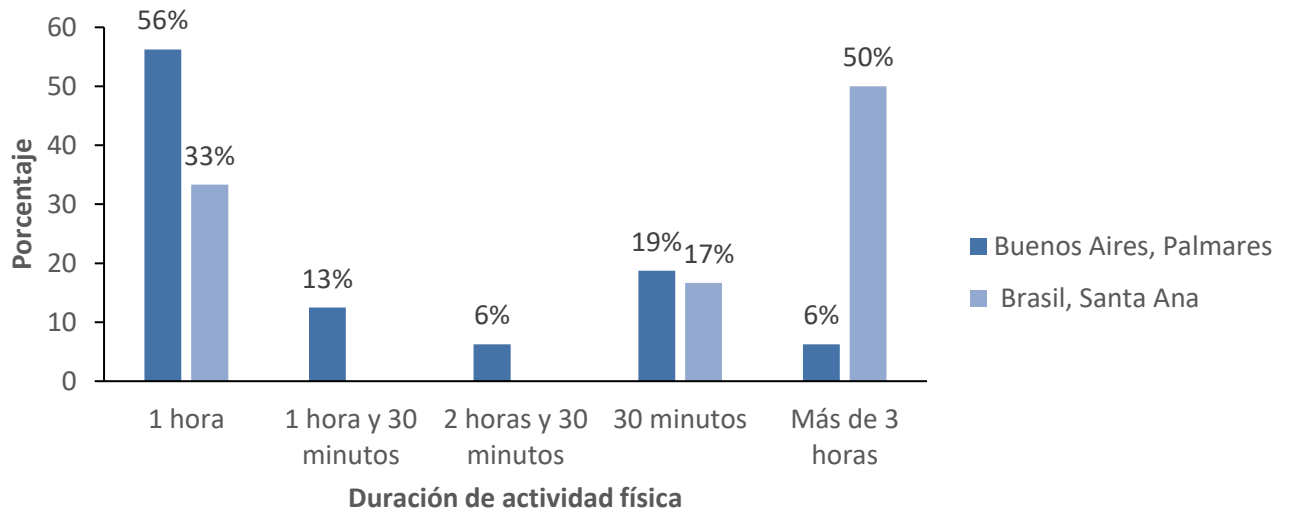


Figura N°32 Distribución porcentual de la población según duración de actividad física, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

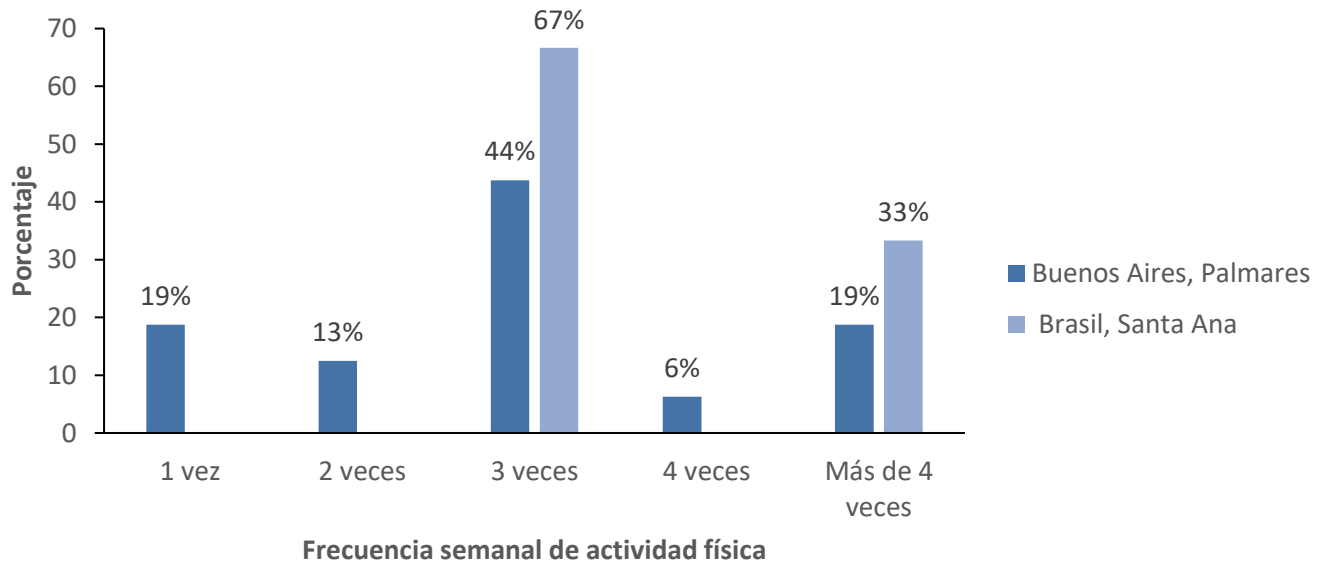


Figura N°33 Distribución porcentual de la población según frecuencia de actividad física, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N°2 Distribución porcentual de la población según actividades recreativas, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019.

Actividades recreativas	Porcentaje de respuestas Buenos Aires, Palmares		Porcentaje de respuestas Brasil, Santa Ana	
	Sí	No	Sí	No
Escuchar música	5% (n=1)	95% (n=19)	15% (n=3)	85% (n=17)
Ver televisión	65% (n=13)	35% (n=7)	30% (n=6)	70% (n=14)
Jugar videojuegos	55% (n=11)	45% (n=9)	55% (n=11)	45% (n=9)
Recreación familiar	25% (n=5)	75% (n=15)	5% (n=1)	95% (n=19)
Dormir	35% (n=7)	65% (n=13)	35% (n=7)	65% (n=13)
Navegar por internet	40% (n=8)	60% (n=12)	30% (n=6)	70% (n=14)
Comer	70% (n=14)	30% (n=6)	55% (n=11)	45% (n=9)
Realizar deporte	35% (n=7)	65% (n=13)	15% (n=3)	85% (n=17)
Salir de fiesta con amigos	35% (n=7)	65% (n=13)	15% (n=3)	85% (n=17)
Otra	20% (n=4)	80% (n=16)	15% (n=3)	85% (n=17)

Fuente: Elaboración propia, 2019.

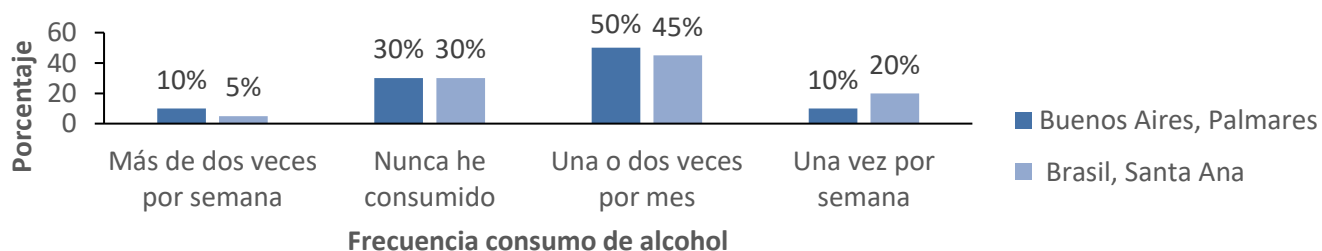


Figura N°34 Distribución porcentual de la población según frecuencia de consumo de alcohol, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

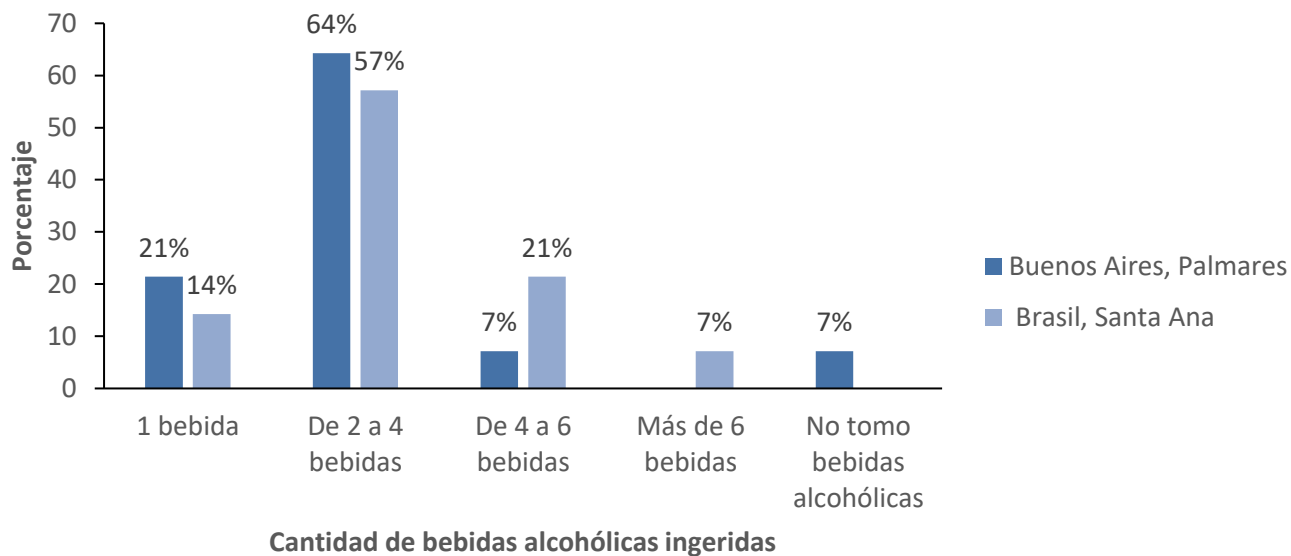


Figura N°35 Distribución porcentual de la población según cantidad de bebidas alcohólicas ingeridas, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

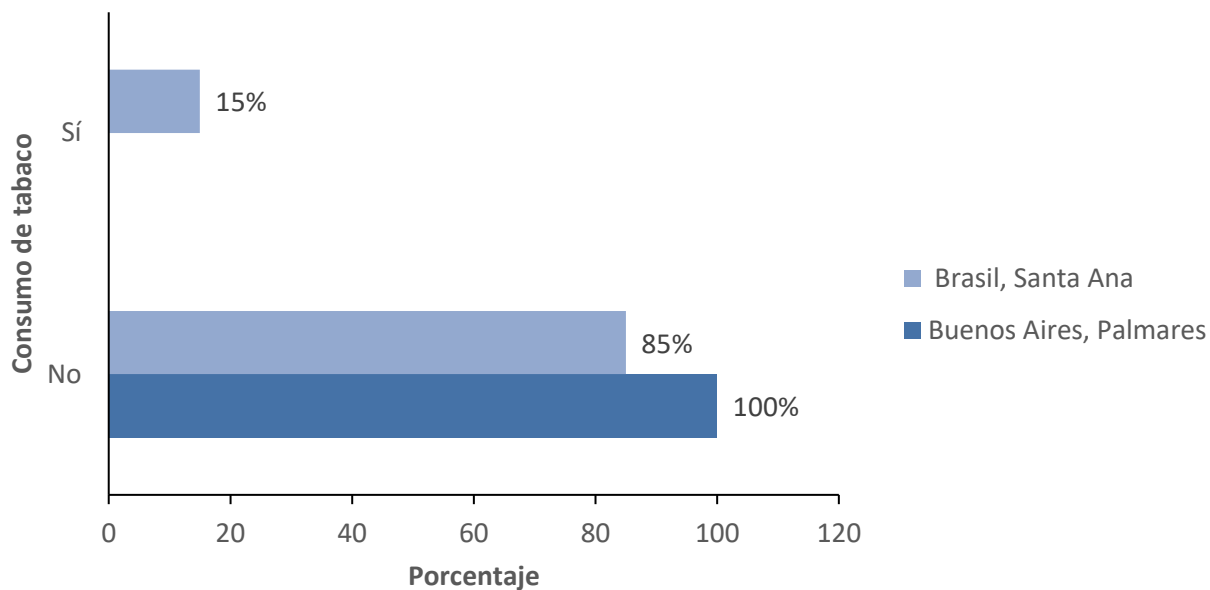


Figura N°36 Distribución porcentual de la población según consumo de tabaco, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

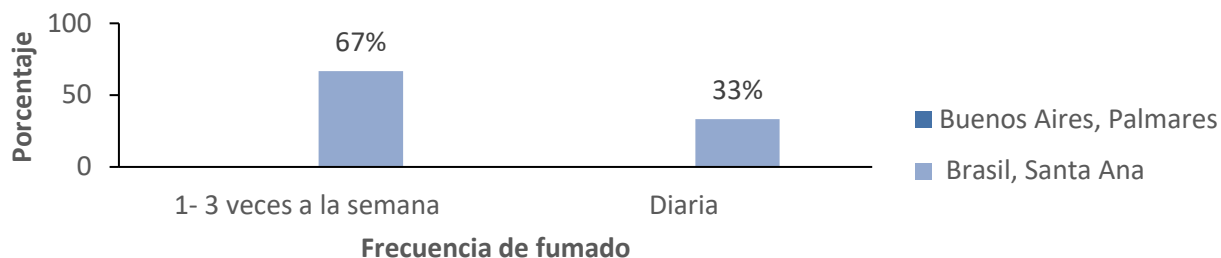


Figura N°37 Distribución porcentual de la población según frecuencia de fumado, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

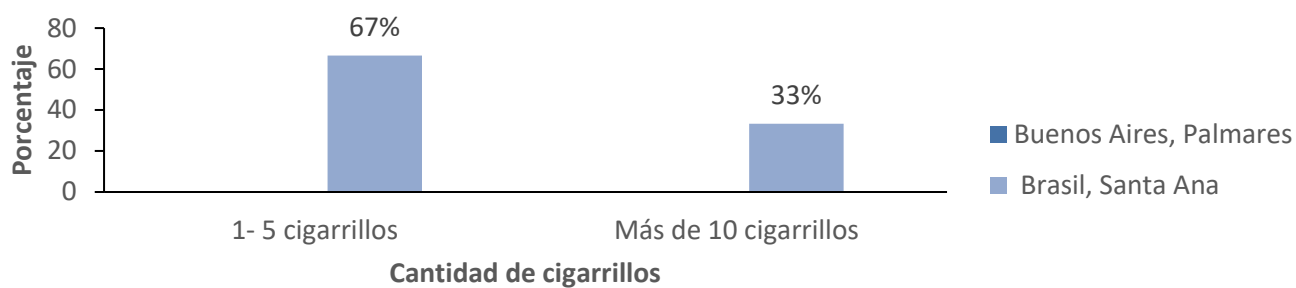


Figura N°38 Distribución porcentual de la población según cantidad de cigarrillos, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

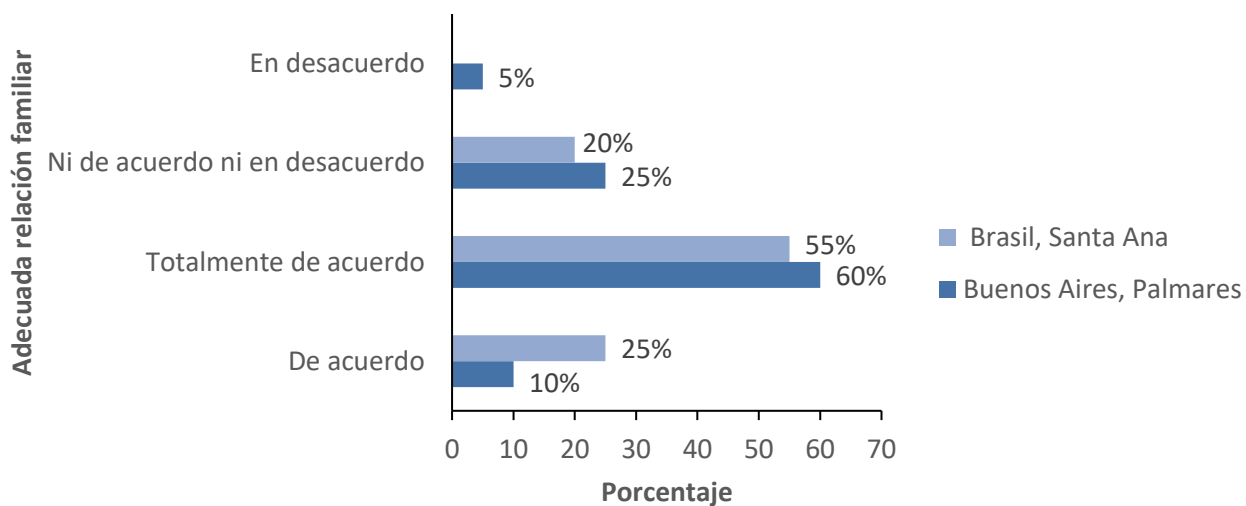


Figura N°39 Distribución porcentual de la población según adecuada relación familiar, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

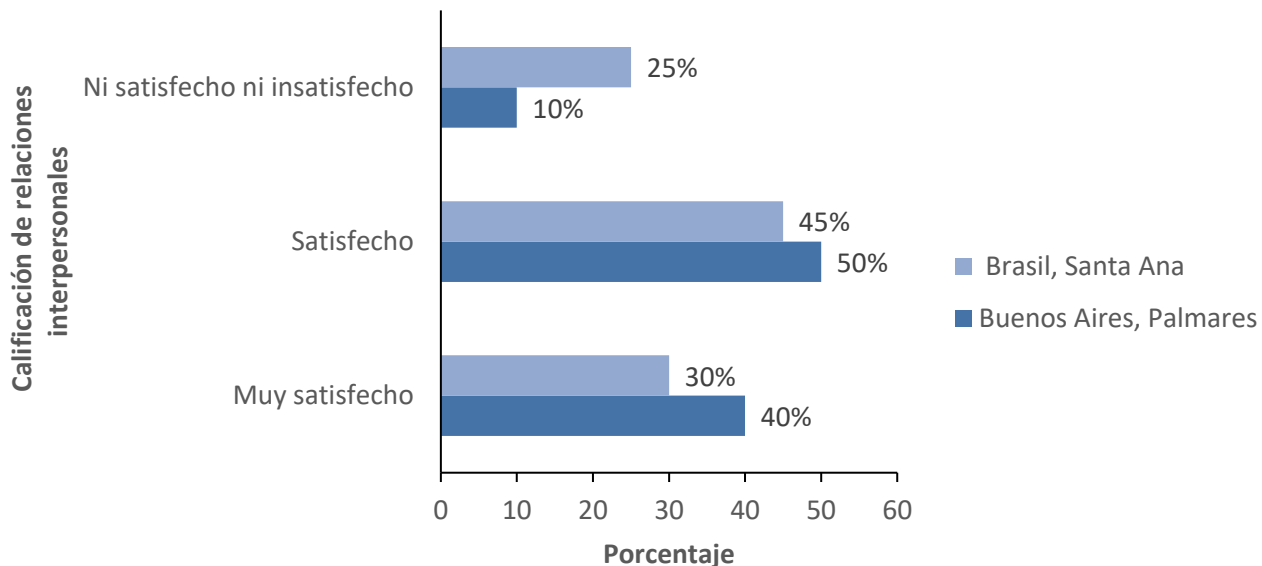


Figura N°40 Distribución porcentual de la población según calificación de relaciones interpersonales, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

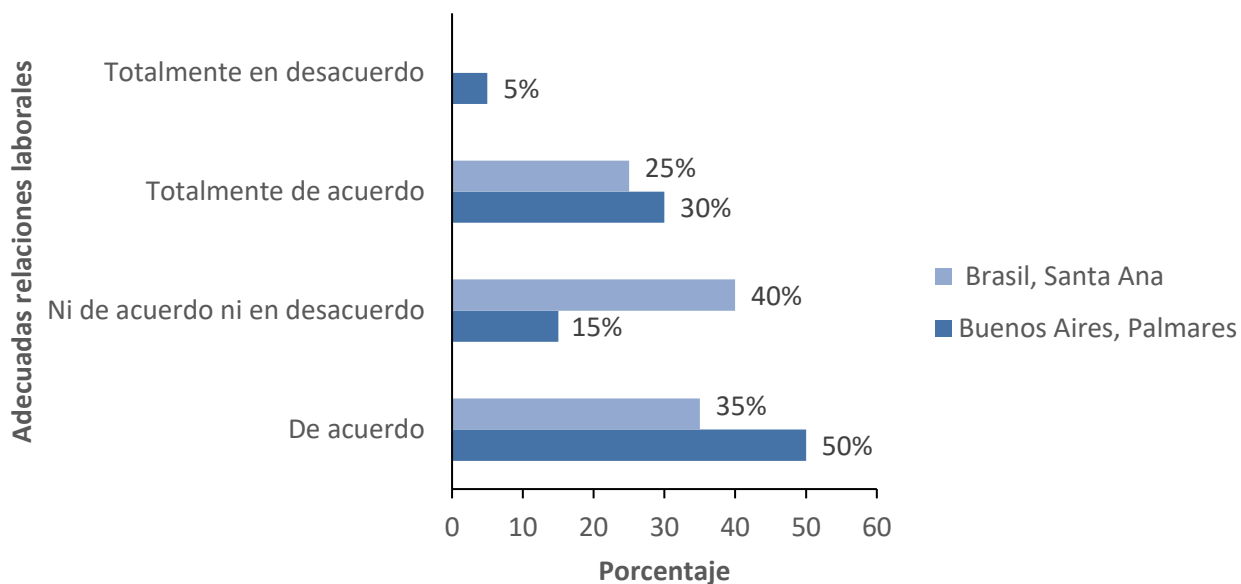


Figura N°41 Distribución porcentual de la población según adecuadas relaciones laborales, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

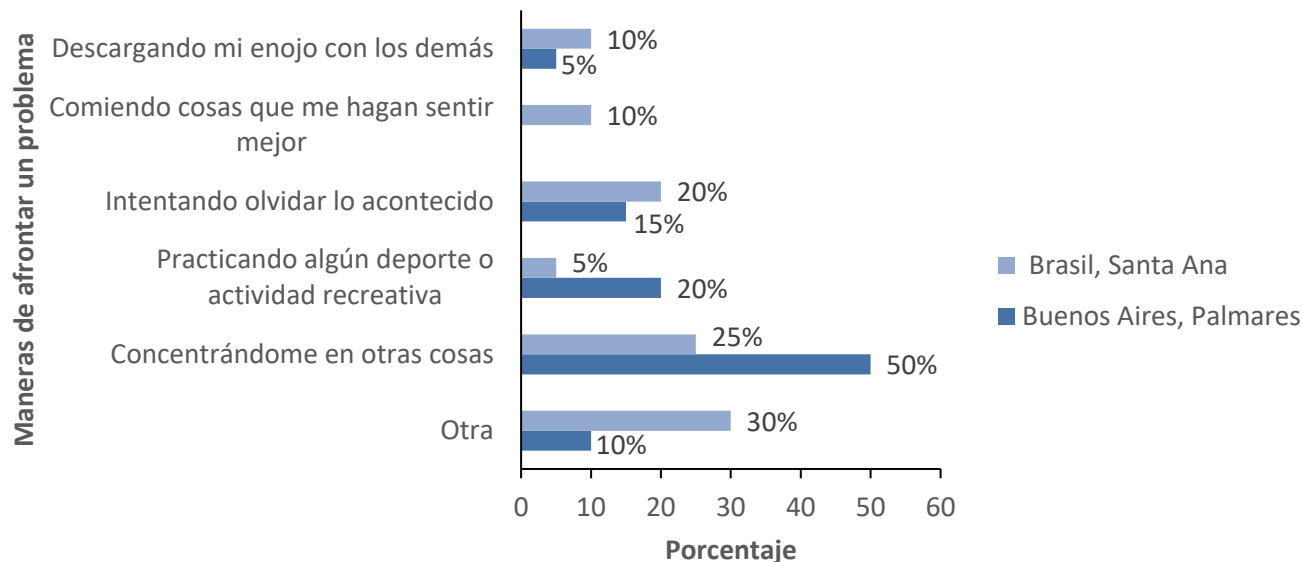


Figura N°4217 Distribución porcentual de la población según manera de afrontar un problema, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N°3 Distribución porcentual de la población según antecedentes familiares de sobrepeso u obesidad, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019.

Antecedentes familiares de sobrepeso u obesidad	Porcentaje de respuestas		Porcentaje de respuestas	
	Buenos Aires, Palmares		Brasil, Santa Ana	
	Sí	No	Sí	No
Madre	15% (n=3)	85% (n=17)	25% (n=5)	75% (n=15)
Padre	5% (n=1)	95% (n=19)	10% (n=2)	90% (n=18)
Abuelos	35% (n=7)	65% (n=13)	15% (n=3)	85% (n=17)
Tíos	30% (n=6)	70% (n=14)	35% (n=7)	65% (n=13)
Hijos	5% (n=1)	95% (n=19)	0% (n=0)	100% (n=20)

Nadie	15% (n=3)	85% (n=17)	35% (n=7)	65% (n=13)
Otro	25% (n=5)	75% (n=15)	20% (n=4)	80% (n=16)

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N°4 Distribución porcentual de la población según antecedentes personales, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019.

Antecedentes personales	Porcentaje de respuestas		Porcentaje de respuestas	
	Buenos Aires Palmares		Brasil, Santa Ana	
	Sí	No	Sí	No
Cardiopatía	5% (n=1)	95% (n=19)	5% (n=1)	95% (n=19)
Diabetes mellitus	0% (n=0)	100% (n=20)	15% (n=3)	85% (n=17)
Hipertensión arterial	10% (n=2)	90% (n=18)	20% (n=4)	80% (n=16)
Artritis	0% (n=0)	100% (n=20)	5% (n=1)	95% (n=19)
Asma	5% (n=1)	95% (n=19)	25% (n=5)	15% (n=75)
Ninguna	65% (n=13)	35% (n=7)	45% (n=9)	55% (n=11)
Otra	25% (n=5)	75% (n=15)	65% (n=13)	35% (n=7)

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Tabla N°5 Distribución porcentual de la población según manifestaciones clínicas en los últimos 6 meses, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019.

Manifestaciones clínicas en los últimos 6 meses	Porcentaje de respuestas		Porcentaje de respuestas	
	Buenos Aires, Palmares		Brasil, Santa Ana	
	Sí	No	Sí	No
Incremento de tallas	20% (n=4)	80% (n=16)	25% (n=5)	75% (n=15)
Exceso de grasa en cintura	40% (n=8)	60% (n=12)	25% (n=5)	75% (n=15)
Fatiga luego de acciones simples	5% (n=1)	95% (n=19)	20% (n=4)	80% (n=16)
Incremento de peso confirmado por báscula	20% (n=4)	80% (n=16)	15% (n=3)	85% (n=17)
Dolor de espalda	40% (n=8)	60% (n=12)	35% (n=7)	65% (n=13)
Ninguna de las anteriores	20% (n=4)	80% (n=16)	40% (n=8)	60% (n=12)

Fuente: Elaboración propia, 2019.

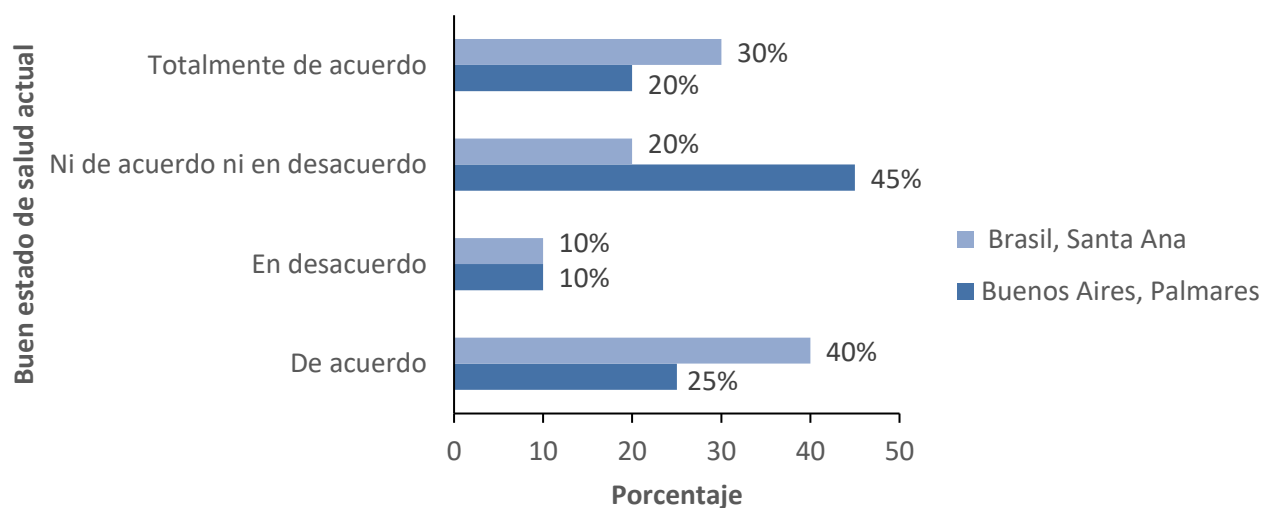


Figura N°43 Distribución porcentual de la población según buen estado de salud actual, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

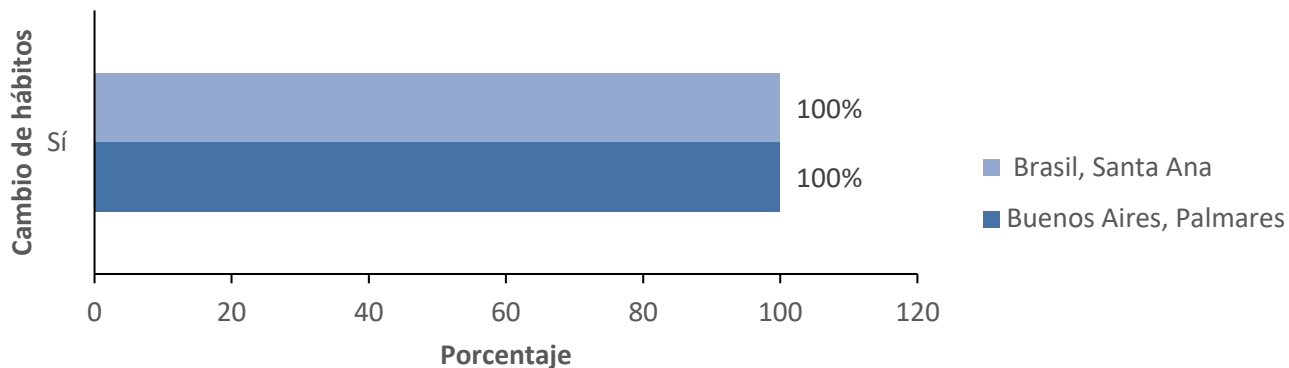


Figura N°44 Distribución porcentual de la población según cambios de hábito, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

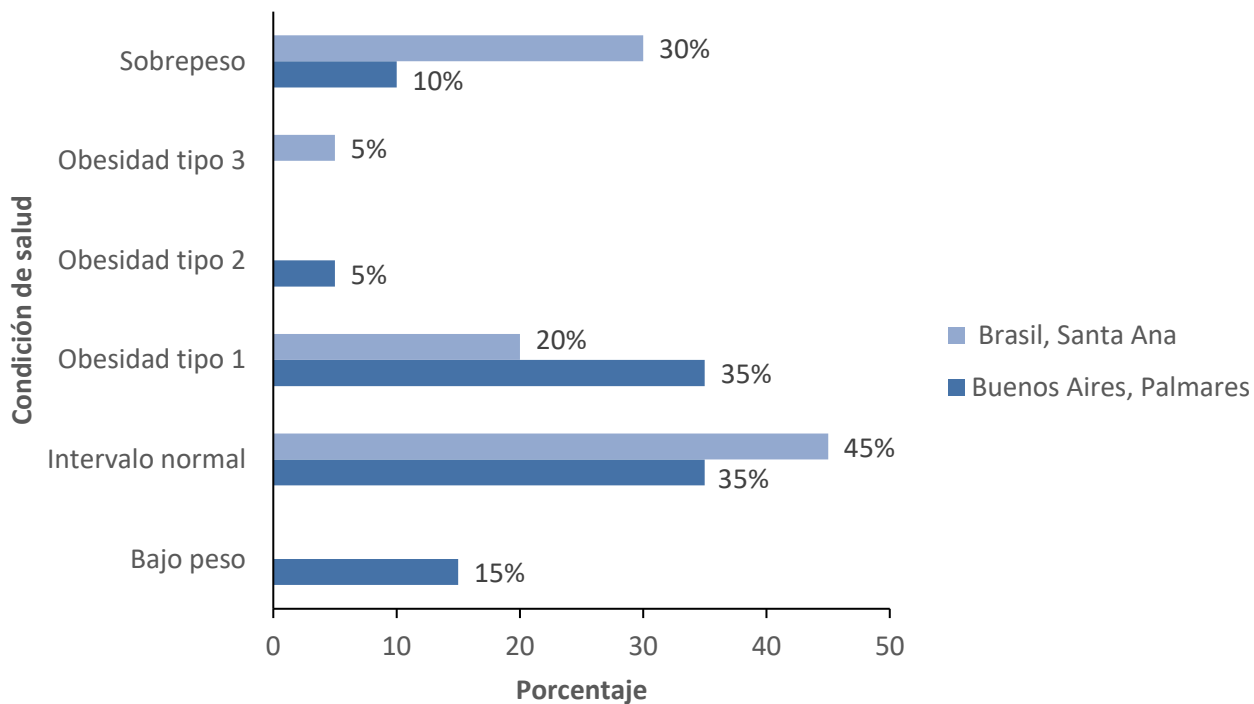
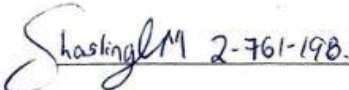


Figura N°4518 Distribución porcentual de la población según condición de salud, Brasil, Santa Ana y Buenos Aires, Palmares, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

ANEXO #4 DECLARACIÓN JURADA

Yo Shasling Danyssa Carranza Moreno , mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 2-0761-0198 egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de este acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: ESTILO DE VIDA DE LAS PERSONAS DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD EN RELACIÓN CON LA PREVALENCIA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD; DISTRITOS DE SANTIAGO Y SANTA ANA, COSTA RICA, II CUATRIMESTRE 2019, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. en fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los once días del mes de diciembre del año dos mil diecinueve.

 Shasling M. Carranza Moreno 2-761-198.

Firma del estudiante

Cédula

ANEXO #5 CARTA TUTORA

CARTA DEL TUTOR

San José, 11 de diciembre del 2019

Máster Vanessa Aguilar Zeledón
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante Shasling Carranza Moreno, cédula 2-0761-0198 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: "ESTILO DE VIDA DE LAS PERSONAS DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD EN RELACIÓN CON LA PREVALENCIA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD; DISTRITOS DE SANTIAGO Y SANTA ANA, COSTA RICA, II CUATRIMESTRE 2019", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.


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

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

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	29%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		98%

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

Atentamente,



M.Sc. Maricruz Pérez Retana
Cédula identidad 1-1262-0892
Carné Colegio Profesional E-8704

ANEXO #6 CARTA LECTORA

San José, 11 de febrero, 2020

Señores
Universidad Hispanoamericana
Sede Aranjuez

Estimados Señores

Como docente universitario y en calidad de lector de Tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería, titulada: ESTILO DE VIDA DE LAS PERSONAS DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD EN RELACIÓN CON LA PREVALENCIA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD; DISTRITOS DE SANTIAGO Y SANTA ANA, COSTA RICA, II CUATRIMESTRE 2019, a cargo de la estudiante SHASLING CARRANZA MORENO; he revisado y aprobado el documento, según los requisitos académicos de la universidad, para ser presentado como requisitos final de graduación.

Atentamente,



MSc. Irelanny Solera Porras
Cód. 12175
Lector

ANEXO #7 CARTA FILÓLOGA

La suscrita, Jeannette Moya Mora, Licenciada en la Enseñanza del Castellano y la Literatura, hace constar que realizó la revisión filológica del trabajo final de graduación, presentado por la joven **SHASLING CARRANZA MORENO**, con cédula de identidad 2-0761-0198 , titulado **ESTILO DE VIDA DE LAS PERSONAS DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD EN RELACIÓN CON LA PREVALENCIA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD; DISTRITOS DE SANTIAGO Y SANTA ANA, COSTA RICA, II CUATRIMESTRE 2019**

Esta tesis es sometida a la consideración de la Comisión Académica de la Carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana para optar al grado y título de especialista en **Licenciatura en Enfermería**

Se realizaron las correcciones pertinentes en acentuación, ortografía, puntuación, concordancia gramatical y otras del campo filológico y se le hicieron a la postulante algunas otras observaciones que quedaron bajo su responsabilidad.

Se extiende esta certificación a los diecisiete días del mes de febrero del dos mil veinte.



Jeannette Moya Mora

Ced. 104410997

Lic. en la Enseñanza del Castellano y la Literatura

Carnet 6813

ANEXO #8 CARTA VISTO BUENO TUTORA

CARTA VISTO BUENO TUTOR PARA ENTREGA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

San José, 29 de mayo del 2020

*Departamento de Admisión y Registro
Universidad Hispanoamericana*

Estimado(a)(s)(as):

La estudiante Shasling Carranza Moreno, cédula 2-0761-0198 con el trabajo de investigación denominado: "ESTILO DE VIDA DE LAS PERSONAS DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD EN RELACIÓN CON LA PREVALENCIA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD; DISTRITOS DE SANTIAGO Y SANTA ANA, COSTA RICA, II CUATRIMESTRE 2019", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería, en mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de la defensa, por lo tanto, puede proceder a entregar la versión final del documento.

Atentamente,



*M.Sc. Maricruz Pérez Retana
Cédula identidad 1-1262-0892
Carné Colegio Profesional E-8704*

ANEXO #9 CARTA AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

BIBLIOTECA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

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

San José, 28 de mayo de 2020

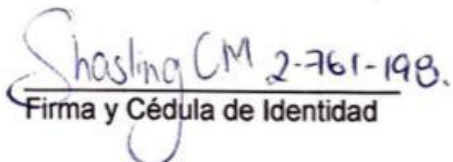
Señores:
Universidad
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

La suscrita Shasling Danyssa Carranza Moreno con número de identificación 207610198 autor (a) del trabajo de graduación titulado ESTILO DE VIDA DE LAS PERSONAS DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD EN RELACIÓN CON LA PREVALENCIA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD; DISTRITOS DE SANTIAGO Y SANTA ANA, COSTA RICA, II CUATRIMESTRE 2019, como requisito para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería; si autoriza la Biblioteca de la Universidad Hispanoamericana para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

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

Cordialmente,


Firma y Cédula de Identidad