

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Diseño de una estrategia de promoción de la salud para el abordaje de la obesidad en mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú: un análisis desde los determinantes estructurales e intermedios del modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud.**

Modalidad Seminario de Graduación

***Trabajo final de graduación para optar por el grado de licenciatura en Promoción de la Salud***

Sustentantes

Bach. Joselyn Aurora Arias Quesada, B40604

Bach. Josette Lucía Corrales Calderón, B32093

Bach. Michelle Jackson Gómez, B33452

Bach. Ginna Xiomara Granados Obando, B43082

Bach. Melina Tixiana Montero López, B44450

Correo electrónico: [josyaaq@gmail.com](mailto:josyaaq@gmail.com) / [josette26corrales@gmail.com](mailto:josette26corrales@gmail.com) / [michellejacgo@gmail.com](mailto:michellejacgo@gmail.com) / [xioma3195@gmail.com](mailto:xioma3195@gmail.com) / [meli.montero21@gmail.com](mailto:meli.montero21@gmail.com)

Teléfono de contacto: 89721053 / 70693842 / 89503031 / 84970116 / 85663404

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio Brenes  
San José, Costa Rica, 2019



ARTICULO V

La persona que preside el Tribunal Examinador le comunica a las postulantes el resultado de la deliberación, siendo esta aprobatoria por lo que las declara acreedoras al grado de Licenciatura en Promoción de la Salud.

Se les indica que tienen 30 días hábiles para la presentación de los ejemplares en su versión final, conforme lo estipula el Artículo 36 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. Adicionalmente se les informa de la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, al que serán oportunamente convocadas.

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y el Postulante. A las 11:45 se levanta la sesión en Escuela de Salud Pública

Nombre:

Firma:

Carolina Santamaría Ulloa

[Signature]

Verónica Bamboa Lizano

[Signature]

José Carlos Rojas

[Signature]

Ingrid Gómez Duarte

[Signature]

Máximo Vargas Fuentes

[Signature]

Estudiantes:

[Signatures of students]

**RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL**

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del contenido del presente documento por cualquier medio existente, sin el consentimiento previo y escrito de las autoras.

## RESUMEN

La obesidad es un conocido factor de riesgo para la salud. Se ha encontrado una investigación previa desarrollada por el INISA que en los cantones de Alajuelita y Escazú hay una alta prevalencia de obesidad, que se concentra entre las mujeres de bajo nivel socioeconómico: 39% vs. 18% en alto nivel socioeconómico.

En este contexto se propone el diseño de una estrategia de promoción de la salud mediada por el análisis de los determinantes sociales que influyen en la prevalencia de obesidad. Realizar este análisis desde el marco de los determinantes sociales de la salud constituye uno de los principales aportes de esta investigación ya que permite un abordaje integral de la situación en salud de la población participante.

Este es un estudio descriptivo de corte transversal que utiliza una metodología mixta para el análisis de datos. Se trabaja con dos poblaciones: (1) actores institucionales involucrados en el proceso de producción social de la salud, (2) madres residentes de dichos cantones. Se trabaja con madres ya que este es un grupo poblacional que en Latinoamérica aún juega un rol importante en la formación de hábitos en el hogar. Se realizan 10 entrevistas semiestructuradas a actores institucionales designados por sus jefes. Se entrevista mediante cuestionario a una muestra aleatoria de 137 madres; con una submuestra de ellas se realizaron grupos focales.

Entre los principales resultados obtenidos se encuentra que un 46% de la población presenta bajo nivel socioeconómico (NSE) y un 14% alto NSE. Además de la población con obesidad un 50% se encontraba en un bajo NSE y un 13% en alto NSE, observando, así como la población que presenta mayor prevalencia de obesidad es la que a la vez tiene menor NSE.

Una vez recopilados los datos relacionados con los diferentes niveles de determinantes sociales de la salud, se construye de manera conjunta con los actores institucionales la estrategia para cada uno de los cantones.

## DEDICATORIA

*La universidad es una etapa de la vida llena de retos, nuevos aprendizajes y conocimientos, sobre todo, de mucho crecimiento académico y personal. Al dar por terminada esta etapa, echamos un vistazo hacia atrás para recordar a todas esas personas que han estado junto a nosotras a lo largo de este camino.*

*A esas personas nuestro más sincero cariño y dedicatoria, por ser parte importante en este logro que hoy alcanzamos.*

*A nuestra familia, por ser el pilar fundamental en todo lo que somos, por su incondicional apoyo a lo largo de nuestra carrera universitaria, y de la vida, por ser nuestro ejemplo e inspiración.*

*A nuestros amigos, por su cariño y apoyo durante todo este proceso, por estar con nosotras en todo momento.*

*A nuestra directora PhD. Carolina Santamaría Ulloa, por su dedicación y la confianza depositada en nosotras para sacar adelante esta investigación.*

*A todas las personas que nos acompañaron en esta etapa, aportando a nuestra formación como estudiante, profesional y como ser humano, gracias.*

**Joselyn Arias Q.**

**Josette Corrales C.**

**Xiomara Granados O.**

**Michelle Jackson G.**

**Melina Montero L.**

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios, por permitirnos llegar al culmen de esta etapa tan importante en nuestra formación académica*

*A nuestro comité asesor, Dr. Juan Carazo Salas y MSc. Verónica Gamboa Lizano, en calidad de lectores, por sus múltiples consejos, contribuciones y apoyo durante este proceso. En especial, a nuestra directora PhD. Carolina Santamaría Ulloa, quien con su experiencia, conocimiento y dedicación nos orientó a lo largo de esta investigación.*

*Al Instituto Nacional de Investigaciones en Salud (INISA), por la oportunidad de permitirnos aportar nuestros conocimientos desde la Promoción de la Salud en uno de sus proyectos de investigación, en particular agradecemos al Sr. Manrique Salguero Sánchez, por su acompañamiento durante el trabajo de campo.*

*A Vicerrectoría de investigación, por generar espacios de conocimiento, incentivar la investigación como uno de los pilares esenciales de nuestra formación académica, por brindarnos el apoyo financiero y la confianza para ejecutar este seminario.*

*A la Escuela de Salud Pública, a todos aquellos docentes que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, en especial, al equipo del Taller de Investigación Dirigida I y II, por los conocimientos compartidos, las asesorías dadas y el acompañamiento constante durante este proceso.*

*Finalmente, a las mujeres y actores institucionales que hicieron posible esta investigación, y que asumieron el compromiso de dar continuidad a la estrategia diseñada.*

**Joselyn Arias Q.**

**Josette Corrales C.**

**Xiomara Granados O.**

**Michelle Jackson G.**

**Melina Montero L**

## CONTENIDOS

<b>CAPÍTULO I</b> .....	9
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>1.1. Estado de la cuestión</b> .....	9
<b>1.2. Problema de investigación</b> .....	23
<b>1.3. Justificación</b> .....	25
<b>1.4. Objetivos</b> .....	31
<b>1.4.1. Objetivo General</b> .....	31
<b>1.4.2. Objetivos específicos</b> .....	31
<b>CAPÍTULO II</b> .....	32
<b>PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO</b> .....	32
<b>2.1. Parte I. Sesiones de enseñanza-aprendizaje del desarrollo del Seminario de graduación</b> .....	32
<b>2.1.1. Descripción</b> .....	32
<b>2.1.2. Competencias</b> .....	34
<b>2.1.3. Contenidos</b> .....	34
<b>2.1.4. Procedimiento</b> .....	37
<b>2.1.5. Evaluación</b> .....	39
<b>2.1.6. Cronograma</b> .....	41
<b>2.1.7. Referencias informativas</b> .....	43
<b>2.2. Parte II. Método de trabajo</b> .....	45
<b>2.2.1. Enfoque de investigación</b> .....	45
<b>2.2.2. Tipo de estudio</b> .....	46
<b>2.2.3. Sujetos participantes</b> .....	47
<b>2.2.4. Muestras</b> .....	48
<b>2.2.5. Selección de participantes</b> .....	52
<b>2.2.6. Operacionalización de variables y categorías de análisis</b> .....	53
<b>2.2.7. Delimitación institucional, organizativa, territorial y temporal</b> .....	70
<b>2.2.8. Técnicas de investigación e instrumentos</b> .....	70
<b>2.2.9. Plan de recolección, procesamiento y análisis de la información</b> .....	72
<b>2.2.9.1. Fase logística</b> .....	72

2.2.9.2. Fase de recolección.....	73
2.2.9.3. Fase de procesamiento y análisis de la información .....	74
2.2.9.4. Fase de Construcción de la estrategia .....	77
2.4. Obstáculos y dificultades encontradas en el desarrollo del seminario	79
2.5. Factores facilitadores encontrados en el desarrollo del seminario .....	79
CAPÍTULO III.....	81
RESULTADOS.....	81
3.1. Determinantes estructurales.....	81
3.1.1. Alajuelita .....	81
3.1.2. Escazú .....	96
3.2. Determinantes intermedios .....	111
3.2.1 Características sociodemográficas.....	111
3.2.2. Alajuelita .....	117
3.2.3. Escazú .....	124
3.2. Elementos y contenidos de la estrategia.....	131
3.3.1. Alajuelita.....	131
3.3.1.1. <i>Intereses de las mujeres</i> .....	131
3.3.2. Escazú .....	139
CAPÍTULO IV.....	146
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	146
4.1. Determinantes estructurales.....	146
4.1.1. Alajuelita.....	146
4.1.2. Escazú .....	153
4.2. Determinantes intermedios .....	159
4.2.1 Alajuelita.....	160
4.2.2. Escazú .....	164
4.3. Elementos y contenidos de la estrategia.....	167
CAPÍTULO V.....	174
DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD .....	174
5.1. Introducción .....	174
5.2. Contextualización .....	175
5.3. Rol de la Promoción de la Salud en la estrategia.....	176



<b>5.4. Descripción de la estrategia Alajuelita</b> .....	176
<b>5.4.1. Marco Legal</b> .....	177
<b>5.4.2. Fase filosófica</b> .....	178
<b>5.4.3. Fase de encuadre</b> .....	179
<b>5.5. Descripción de la estrategia Escazú</b> .....	190
<b>5.5.1. Marco Legal</b> .....	190
<b>5.5.2. Fase filosófica</b> .....	192
<b>5.5.3. Fase de encuadre</b> .....	193
<b>CAPÍTULO VI</b> .....	204
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	204
<b>6.1. Conclusiones</b> .....	204
<b>6.2. Recomendaciones</b> .....	207
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	208
<b>ANEXOS</b> .....	222
<b>Anexo 1. Cuestionario: Factores individuales</b> .....	222
<b>Anexo 2. Guía de grupo focal para mujeres</b> .....	230
<b>Anexo 3. Guía de entrevista actores sociales</b> .....	233

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro 1. Saberes esenciales del seminario de graduación</b> .....	35
<b>Cuadro 2. Criterios de evaluación del seminario de graduación</b> .....	40
<b>Cuadro 3. Referencias informativas para el Seminario de Graduación</b> .....	43
<b>Cuadro 4. Criterios de selección de participantes</b> .....	52
<b>Cuadro 5. Operacionalización de variables</b> .....	60
<b>Cuadro 6. Operacionalización de categoría de análisis</b> .....	65
<b>Cuadro 7. Perfil sociodemográfico de las mujeres participantes de la encuesta. Alajuelita y Escazú, 2018.</b> .....	113
<b>Cuadro 8. Resultados de un modelo de regresión logística para explicar la probabilidad de sobrepeso y obesidad en función de sus determinantes intermedios. Alajuelita y Escazú, 2018.</b> .....	130

<b>Cuadro 9.</b> Encuadre de la estrategia. Alajuelita, 2019.....	183
<b>Cuadro 10.</b> Encuadre de la estrategia. Escazú, 2019. ....	195

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Fases de diseño de estrategia .....	78
<b>Figura 2.</b> Proceso de formulación de la estrategia. Alajuelita, 2019.....	184
<b>Figura 3.</b> Fases de la estrategia. Alajuelita, 2019.....	185
<b>Figura 4.</b> Proceso de ejecución fase I. ....	186
<b>Figura 5.</b> Proceso de formulación de la estrategia. Escazú, 2019.....	197
<b>Figura 6.</b> Fases de la estrategia. Escazú, 2019.....	198
<b>Figura 7.</b> Proceso de ejecución fase I .....	198

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Situaciones relacionadas al cambio en el uso del suelo durante los últimos diez años, según actores institucionales entrevistados. Alajuelita, 2018. .	82
<b>Gráfico 2.</b> Situaciones relacionadas con la condición de pobreza durante los últimos diez años, según actores institucionales entrevistados. Alajuelita, 2018. .	83
<b>Gráfico 3.</b> Situaciones relacionadas con el comportamiento de la migración durante los últimos 10 años, según actores institucionales entrevistados. Alajuelita, 2018 .....	84
<b>Gráfico 4.</b> Causas asociadas al incremento en la publicidad de alimentos procesados durante los últimos diez años, según actores institucionales entrevistados. Alajuelita, 2018.....	87
<b>Gráfico 5.</b> Situaciones relacionadas con la disponibilidad de frutas y verduras, según actores institucionales entrevistados. Alajuelita, 2018.....	88
<b>Gráfico 6.</b> Tipo de relación existente entre el uso de tecnologías informáticas y la recreación o actividad física, según actores institucionales entrevistados. Alajuelita, 2018.....	91
<b>Gráfico 7.</b> Participación de la población en acciones comunitarias, según actores institucionales entrevistados. Alajuelita, 2018. ....	93

<b>Gráfico 8.</b> Instituciones y grupos comunitarios que pueden vincularse para el desarrollo de acciones cantonales, según actores institucionales entrevistados. Alajuelita, 2018.....	94
<b>Gráfico 9.</b> Factores relacionados al cambio en el uso del suelo durante los últimos diez años, según actores institucionales. Escazú, 2018 .....	96
<b>Gráfico 10.</b> Factores relacionados con la condición de pobreza durante los últimos diez años, según actores institucionales. Escazú, 2018 .....	97
<b>Gráfico 11.</b> Factores relacionados con el comportamiento de migración durante los últimos 10 años, según actores institucionales. Escazú, 2018 .....	98
<b>Gráfico 12.</b> Factores relacionados con el cambio en la oferta de alimentos procesados durante los últimos diez años, según actores institucionales. Escazú 2018. ....	100
<b>Gráfico 13.</b> Factores relacionados con el incremento en la publicidad de alimentos procesados durante los últimos diez años, según actores institucionales. Escazú 2018. ....	101
<b>Gráfico 14.</b> Factores relacionados con el aumento en el costo de alimentos saludables durante los últimos diez años, según actores institucionales. Escazú 2018. ....	102
<b>Gráfico 15.</b> Factores relacionados con el aumento en el acceso a comidas rápidas durante los últimos diez años, según actores institucionales. Escazú, 2018. ....	103
<b>Gráfico 16.</b> Tipo de relación existente entre el uso de tecnologías informáticas y la recreación o actividad física, según actores institucionales. Escazú, 2018.....	105
<b>Gráfico 17.</b> Recursos disponibles para el apoyo de entornos saludables, según actores institucionales. Escazú 2018. ....	107
<b>Gráfico 18.</b> Personal institucional que realice acciones orientadas a hábitos saludables, según actores institucionales. Escazú, 2018.....	108
<b>Gráfico 19.</b> Participación de la población en acciones comunitarias, según actores institucionales. Escazú 2018. ....	109
<b>Gráfico 20.</b> Políticas existentes a nivel regional para abordar la obesidad, Escazú 2018. ....	111

<b>Gráfico 21.</b> Distribución relativa del estado antropométrico auto reportado de las participantes, según nivel socioeconómico (NSE). Alajuelita y Escazú, 2018.....	116
<b>Gráfico 22.</b> Distribución relativa de conocimientos de alimentación saludable de las participantes, según actitud por la alimentación saludable. Alajuelita, 2018..	117
<b>Gráfico 23.</b> Distribución relativa de actitud de las participantes hacia la alimentación saludable según sus prácticas. Alajuelita, 2018. ....	118
<b>Gráfico 24.</b> Distribución relativa de conocimientos de alimentación saludable según práctica. Alajuelita, 2018.....	118
<b>Gráfico 25.</b> Distribución relativa de los conocimientos de actividad física de las participantes, según su actitud hacia la realización de actividad física. Alajuelita, 2018. ....	119
<b>Gráfico 26.</b> Distribución relativa de la actitud de las participantes según sus prácticas de actividad física. Alajuelita, 2018. ....	120
<b>Gráfico 27.</b> Distribución relativa del nivel de autoestima de las participantes según su estado antropométrico auto reportado. Alajuelita, 2018. ....	121
<b>Gráfico 28.</b> Uso de tecnología en los participantes según práctica de actividad física regular. Alajuelita, 2018. ....	122
<b>Gráfico 29.</b> Distribución relativa del estado antropométrico auto reportado por las participantes, según la clasificación de sus horas de sueño. Alajuelita, 2018.....	123
<b>Gráfico 30.</b> Distribución relativa de la participación de las mujeres en actividades comunales según su nivel de interés. Alajuelita, 2018.....	123
<b>Gráfico 31.</b> Distribución relativa de conocimientos de las participantes según su actitud hacia la alimentación saludable. Escazú, 2018. ....	124
<b>Gráfico 32.</b> Distribución relativa de la actitud de las participantes según sus prácticas de alimentación saludable. Escazú, 2018. ....	125
<b>Gráfico 33.</b> Distribución relativa de conocimientos de alimentación saludable según práctica. Escazú, 2018. ....	125
<b>Gráfico 34.</b> Distribución relativa de conocimientos de las participantes según su actitud hacia la realización de actividad física regular. Escazú, 2018. ....	126
<b>Gráfico 35.</b> Distribución relativa de la actitud de las participantes según sus prácticas de actividad física. Escazú, 2018.....	127

<b>Gráfico 36.</b> Distribución relativa del nivel de autoestima según estado antropométrico auto reportado. Escazú, 2018.....	127
<b>Gráfico 37.</b> Uso de la tecnología según práctica de actividad física. Escazú, 2018. .....	128
<b>Gráfico 38.</b> Distribución relativa de la clasificación del Índice de Masa Corporal según horas de sueño recomendadas. Escazú, 2018.....	129
<b>Gráfico 39.</b> Distribución de participación de actividades comunales según interés. Escazú, 2018.....	129
<b>Gráfico 40.</b> Temáticas de preferencia de las mujeres para abordar en una estrategia de promoción de la salud, según grupo focal. Alajuelita, 2019.....	132
<b>Gráfico 41.</b> Criterios utilizados por las mujeres para cocinar los alimentos. Alajuelita, 2019.....	134
<b>Gráfico 42.</b> Características que debe tener una actividad comunitaria para que sea de interés de las mujeres, Alajuelita 2019. ....	135
<b>Gráfico 43.</b> Tipo de eventos preferidos por las mujeres, Alajuelita 2019.....	137
<b>Gráfico 44.</b> Temáticas de preferencia de las mujeres para abordar en una estrategia de promoción de la salud. Escazú, 2019. ....	139
<b>Gráfico 45.</b> Criterios de selección de métodos de cocción utilizados por las mujeres, Escazú 2019.....	141
<b>Gráfico 46.</b> Características que debe tener una actividad comunitaria para que sea de interés de las mujeres, Escazú 2019.....	142
<b>Gráfico 47.</b> Tipo de eventos preferidos por las mujeres. Escazú, 2019. ....	144
<b>Gráfico 48.</b> Horarios de preferencia de las mujeres para participar en la estrategia de promoción de la salud. Escazú, 2019.....	145

## Lista de siglas

<b>ALC</b> América Latina y el Caribe	<b>INISA</b> Instituto de Investigaciones en Salud
<b>CAP</b> Conocimientos, actitudes y prácticas	<b>MEP</b> Ministerio de Educación Pública
<b>CCSS</b> Caja Costarricense de Seguro Social	<b>MIDEPLAN</b> Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
<b>CDSS</b> Comisión de determinantes sociales de la salud	<b>MIDEPOR</b> Ministerio de Deporte y Recreación
<b>CINPE</b> Centro Internacional de Política Económica para el Desarrollo Sostenible	<b>MS</b> Ministerio de Salud
<b>COMISCA</b> Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica	<b>NAOS</b> Estrategia para la nutrición, actividad física y prevalencia de la obesidad
<b>ECV</b> Enfermedades cardiovasculares	<b>NSE</b> Nivel socioeconómico
<b>ECNT</b> Enfermedades crónicas no transmisibles	<b>OMS</b> Organización Mundial de Salud
<b>FAO</b> Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura	<b>ONU</b> Organización de las Naciones Unidas
<b>GAM</b> Gran Área Metropolitana	<b>OPS</b> Organización Panamericana de la Salud
<b>IDH</b> Índice de desarrollo humano	<b>PEN</b> Programa Estado de la Nación
<b>IMC</b> Índice de masa corporal	<b>PROCOMER</b> Promotora de Comercio Exterior de Costa Rica
<b>INCAP</b> Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá	<b>PRUGAM</b> Plan Regional Urbano de la Gran Área Metropolitana
<b>INEC</b> Instituto Nacional de Estadística y Censo	<b>RECAFIS</b> Red cantonal de actividad física y salud
	<b>TFG</b> Trabajo Final de Graduación
	<b>UCR</b> Universidad de Costa Rica

## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

Este apartado contempla en primera instancia el estado de la cuestión del tema de determinantes sociales de la salud y estrategias que se han desarrollado para el abordaje de la obesidad.

Posterior a ello se presenta el planteamiento del problema bajo el cual se fundamentó el seminario de graduación, y su respectiva justificación. Asimismo, se presentan los objetivos que guiaron el proceso de investigación.

#### **1.1. Estado de la cuestión**

En el presente apartado se incluyen los antecedentes del problema de investigación, específicamente aquellos estudios que explican la obesidad desde sus determinantes y estrategias para el abordaje a nivel internacional, regional y del país, que se han desarrollado alrededor de éstos.

En el marco mundial, la obesidad es considerada como una problemática en salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2014 más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales alrededor de 600 millones eran obesos (Caja Costarricense de Seguro Social, 2016a). Ante dicha situación la OMS ha desarrollado varios esfuerzos, como la Estrategia Mundial sobre el Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (2004) la cual se construyó mediante un amplio proceso de consulta entre sus estados miembros, la sociedad civil y el sector privado. Las principales líneas de acción de dicha estrategia se enfocan en el régimen alimentario y la actividad física, para promover y proteger la salud de la población a través de la creación de entornos favorables a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que permitan reducir la morbilidad y la mortalidad desde un enfoque de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Esta estrategia mundial es por lo tanto un referente para el diseño de la estrategia local que propone la presente investigación en el contexto de dos comunidades urbanas en Costa Rica.

Para el año 2013, se establece el Plan de Acción Global para la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles 2013-2020 (OMS, 2013), el cual sigue la misma línea de consulta entre países miembros de la OMS, sociedad civil y empresa privada. Este plan focaliza su accionar alrededor de las cuatro enfermedades crónicas no transmisibles que producen la mayor cantidad de muertes prematuras alrededor del mundo: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes; así como sus factores de riesgo, dentro de los cuales el sobrepeso y la obesidad juegan un papel preponderante. Lo anterior abordado desde acciones vinculadas con dieta y actividad física y la intersectorialidad entre los interesados. Entre sus principios generales se encuentran: enfoque de curso de vida, empoderamiento de personas y comunidades, estrategias basadas en evidencia, cobertura de salud universal, gestión de conflictos de intereses reales, percibidos o potenciales, enfoque de derechos humanos, enfoque basado en la equidad, acción nacional y cooperación internacional y solidaridad, acción multisectorial.

Dada la amplitud de abordaje que permiten las líneas de acción del Plan de Acción Global para la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles 2013-2020 se toma como base para el presente estudio, ya que, estas líneas tienen una relación muy estrecha con los determinantes sociales de la salud.

En el ámbito internacional, específicamente en la región europea, la prevalencia de la obesidad se triplicó entre las décadas de los 90 y los 2000, así mismo, más de un millón de muertes anuales en la región se deben a enfermedades relacionadas con el exceso de peso corporal. Ante tal situación, se aprueba la Carta Europea Contra la Obesidad en la Conferencia Ministerial Europea de la OMS Contra la Obesidad en Estambul, **Turquía**, en el año 2006 (OMS, 2006), con participantes de sectores gubernamentales, organizaciones internacionales, expertos, la sociedad civil y el sector privado.

En dicha carta, se establecen los principios que guiarán las acciones de los países de la región, de los cuales destacan aspectos relevantes a considerar en la



construcción de la estrategia, tal como la voluntad política, la vinculación a las estrategias globales, el equilibrio entre la responsabilidad de las personas y la de los gobiernos y la sociedad, actuaciones emprendidas dentro del contexto cultural y las asociaciones entre todas las partes interesadas.

España es uno de los países que ha desarrollado acciones importantes para trabajar el tema de la obesidad de una forma integral. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud de **España**, el 17% de las personas adultas padecen obesidad. La obesidad en la población adulta ha aumentado un 10% en los últimos 30 años; al igual que la población menor (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2018). En el año 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo, elaboró la Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS) la cual buscaba fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas.

La NAOS se apoya principalmente en los siguientes objetivos: fomentar políticas y planes de acción destinados a mejorar los hábitos alimentarios y aumentar la actividad física en la población; sensibilizar e informar a la población del impacto positivo que, para su salud, tienen una alimentación equilibrada y la práctica regular de actividad física; promover la educación nutricional en el medio familiar, escolar y comunitario y estimular la práctica de actividad física regular en la población, con especial énfasis en los escolares (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005, p. 18) Se trata de una estrategia dirigida a toda la población mediante intervenciones orientadas al ámbito familiar y comunitario, escolar, empresarial y sanitario.

Asimismo, el gobierno de **España** planteó la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud en el año 2013, con el objetivo de fomentar la salud y el bienestar de la población, promoviendo entornos y estilos de vida saludables y potenciando la seguridad frente a las lesiones. Dentro de los factores abordados se contempló la alimentación, actividad física, consumo nocivo

de alcohol, consumo de tabaco, bienestar emocional y seguridad dentro del entorno, lo anterior, mediante el desarrollo de un eje tridimensional de acciones por entorno, por poblaciones y por factores de abordar.

La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud en el año 2013 desarrolla una metodología participativa que consta de tres etapas: análisis de la situación de salud a partir de la identificación del estado de la salud de la población y los principales factores de riesgo, la delimitación de los factores por abordar, selección de las intervenciones a implementare integración de las intervenciones.

Por su parte, en **España** realizaron un estudio con el objetivo de actualizar los datos de prevalencia en sobrepeso y obesidad, y a la vez reevaluar sus principales determinantes sociales, partiendo de la Encuesta Nacional de Salud del 2006 (Ortiz-Moncada et al. 2011). Este fue un estudio transversal descriptivo cuya muestra fue de 29.478 adultos, en el que se analizó el nivel de asociación entre la obesidad y las variables edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, clase social e ingresos.

En este estudio la clase social se clasificó como manual vs. no manual, es decir, los obreros no calificados (clase menos favorecida) vs. los profesionales, empresarios y trabajadores calificados (clase más favorecida), y se encontró que las mujeres de clase obrera presentan un mayor riesgo de tener sobrepeso y obesidad que las mujeres de clase social más favorecida (OR= 1.49 y 1.96 respectivamente,  $p < 0.001$ ). Por lo que de acuerdo con este estudio el género y la clase social son determinantes de la obesidad en España.

A diferencia de España donde la prevalencia de obesidad en la población general es de 26.6% o de Costa Rica donde este mismo indicador alcanza el 23.7%, **Japón** presenta la más baja prevalencia de obesidad (5.0% en la población general) (OMS, 2014). A pesar de sus bajos niveles de obesidad, existen en Japón dos leyes para controlar el sobrepeso en el país. La primera ley se crea en el 2005 y lleva el nombre Shukulku (Surribas- Banús, 2017, p.5) cuyo

fin primordial es la educación por medio de menús saludables en las escuelas, así también incluyen la promoción de la cultura social alrededor de la comida; donde los niños ayudan a preparar y a repartir la comida. La segunda ley se promulga en el 2008 con el nombre de Ley Metabo dirigida específicamente a adultos y consiste en mediciones antropométricas donde el contorno de la cintura no debe superar los 94 centímetros en los hombres ni los 80 en las mujeres (Surribas-Banús, 2017, p.6), quienes superan el parámetro reciben guía nutricional y aquellas empresas que no realizan acciones por disminuir la obesidad son sancionadas.

Existen muchas críticas alrededor de estas leyes donde se señala al gobierno de Japón como autoritario e invasivo de la privacidad de las personas. Sin embargo, la política de salud de Japón del 2008 impulsa criterios de desarrollo integral por medio de la educación y promoción de la salud (Evina, Kawasaki, Taniguchi, Togari, Yamazaki y Sparks 2009). Para ello, se emplea una combinación de estrategias y modelos que fomenten hábitos saludables desde contextos culturales y sociales, como práctica aprendida desde edades tempranas.

Uno de los modelos de promoción ejecutados por dicha política corresponde a "Salud Japón 21", la cual es definida como una campaña promotora de la salud, que intenta a partir de la cultura crear hábitos saludables que limiten el sobrepeso en el país (Evina, Kawasaki, Taniguchi, Togari, Yamazaki y Sparks, 2009).

En la región de América en general, y en Costa Rica en particular, existe una alta prevalencia de obesidad, especialmente entre las mujeres adultas. Se estima que en el 2008 la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres adultas era del 61.5% en Costa Rica, mayor que la prevalencia en el istmo centroamericano (58.4%) y que la prevalencia en la región de las Américas (59.9%) para ese mismo año (OMS, 2014). Según datos del Estado de la Nación la prevalencia de obesidad en la región ha ido en aumento en las últimas décadas principalmente en mujeres en edad fértil (Estado de la Región, 2017).

A partir de esta realidad se han planteado diferentes acciones que tratan de minimizar la problemática de la obesidad como factor de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles. Entre ellas se encuentra el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles en las Américas (ECNT) 2013-2019, formulado por la Organización Panamericana de la Salud (**OPS**), el cual encamina su accionar desde cuatro líneas estratégicas que incluyen políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y control de las ECNT; factores de riesgo y factores protectores; respuesta de los sistemas de salud ante ellas y sus factores de riesgo; así como la vigilancia e investigación de las mismas.

La OPS aborda la obesidad desde la línea estratégica de factores protectores, mediante la implementación de estrategias en promoción de la salud, que buscan promover la alimentación sana y la vida activa con el fin de propiciar la salud, el bienestar y prevenir la obesidad.

Como producto del monitoreo y vigilancia de la obesidad en Centroamérica y República Dominicana, desarrollado por parte del **INCAP** (2016), se ha elaborado un modelo de determinantes de la obesidad, el cual se encuentra estructurado en tres bloques, en el primero se mencionan los factores del entorno, individuales y energéticos. En el segundo bloque se encuentran los resultados intermedios y en el tercer bloque se encuentra la variable de impacto o resultado de salud que en este modelo es la obesidad. Este modelo permite por lo tanto un análisis desde la complejidad del fenómeno de la obesidad y sus determinantes distales y proximales.

Ante la evidencia de la obesidad y sobrepeso como factor de riesgo a desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, se formula la Estrategia para la prevención del sobrepeso y obesidad en la niñez y adolescencia de **Centroamérica y República Dominicana**, en el periodo 2014- 2025 (COMISCA, 2013), con el objetivo de incidir a edades tempranas, la reducción del riesgo de mantener sobrepeso u obesidad en años posteriores y por tanto de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles. Esta investigación, al diseñar una

estrategia para madres, se complementan los esfuerzos realizados en el tema para la población infantil y adolescente, la cual, recibe influencia de los patrones familiares.

México representa uno de los países de la región de las Américas con mayor prevalencia de obesidad; para el año 2016 siete de cada diez adultos (prevalencia combinada 72.5%) tenían exceso de peso (sobrepeso u obesidad), respecto a la cifra de 2012 de 71.2%, observándose un aumento en las cifras de sobrepeso y obesidad en mujeres adultas (prevalencia combinada 75.6%) (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

Dentro de las iniciativas que ha desarrollado **México** se encuentra la Estrategia Nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes (2013) la cual se plantea desde un enfoque de los determinantes sociales de la salud por parte de la Secretaría de Salud, con el objetivo de mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional, al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mexicanos.

Lo anterior se concreta, a través de intervenciones de salud pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales, orientadas a generar hábitos saludables de actividad física y alimentación, principalmente a través de regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a niños, etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas, políticas fiscales a las bebidas azucaradas y alimentos de alta densidad calórica y regulación del expendio y la distribución de alimentos y bebidas en escuelas.

De la misma manera en que se han implementado diferentes acciones para abordar la obesidad, también se han desarrollado algunos estudios para analizar sus causas tal es el caso de Gutiérrez et al. (2017) quienes desarrollaron un estudio con el objetivo de determinar si el sobrepeso y la obesidad en los integrantes de la familia, están relacionados con los factores ambientales y culturales relativos al funcionamiento de la familia, fue un estudio descriptivo

correlacional con una muestra de 198 personas. Para este estudio se aplicaron cuatro instrumentos, uno consistió en una cédula de datos generales, el segundo fue una escala para evaluar sus relaciones intrafamiliares, un cuestionario sobre elección de alimentos y finalmente un cuestionario de actividad física. Se concluyó que el sobrepeso y la obesidad se relacionaban con factores ambientales como la actividad física, la ecología de la alimentación, el control de peso y el valor nutritivo de los alimentos. Los factores culturales como las costumbres en relación con unión, apoyo, expresión y dificultades no se asociaron con la presencia de sobrepeso y obesidad.

En el estudio realizado por Moreno-Altamirano, García-García, Soto-Estrada, Capraro y Limón-Cruze (2014), sobre la epidemiología y determinantes asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2, algunos de los determinantes que resultan estar relacionados son la alimentación, sedentarismo y distribución del ingreso, de acuerdo con ello se revisa el papel de la alimentación como determinante social fundamental para la presencia de la diabetes tipo 2 y obesidad. Se habla de la importancia de la actividad física, así como de trabajar sobre determinantes sociales en el marco de las políticas de salud y en las estructuras sociales y económicas.

A raíz de la declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles, se solicita a los gobiernos, realizar acciones de monitoreo en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, con metas para el 2025 (ONU, 2011 citado por Ministerio de Salud de Costa Rica, 2017). Por ello el Ministerio de Salud de **El Salvador**, propone el Plan estratégico nacional multisectorial para el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles (Ministerio de Salud de El Salvador, 2017), con un enfoque holístico, multisectorial, multidimensional, con incidencia en los determinantes sociales de la salud para una efectiva promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Es de destacar la iniciativa de abordar integralmente y desde los determinantes, un tema

en el cual, generalmente se realizan acciones a partir de la prevención y sin considerar otros sectores además del sector salud.

En la última década, **Colombia** ha sufrido un incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, por lo que se propuso un esquema para el estudio de dicha situación nutricional y alimentaria desde los determinantes sociales de la salud, partiendo del entendido que dicha problemática es el resultado de procesos y fenómenos de orden mundial y local, no únicamente como resultado de una circunstancia, carencia o deficiencia (Álvarez-Castaño y Pérez-Isaza, 2013 p.204).

Dicho análisis se plantea desde tres campos en específico, el primero de ellos corresponde a los fenómenos y procesos de la estructura social nacional y global que condicionan la producción, comercialización, precio e intercambio de alimentos, con el fin de conocer el efecto directo sobre su acceso y disponibilidad de los diferentes grupos sociales. Para la operacionalización de los procesos estructurales se propone incentivar políticas relacionadas con economía, alimentación y nutrición, comercio y valores.

En el segundo campo, están los elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan, por ejemplo: ingresos, educación, para ello, toma en cuenta los determinantes estructurales del contexto colombiano (Álvarez-Castaño y Pérez-Isaza, 2013). Por último, corresponde al análisis de las inequidades, que consiste en las brechas entre grupos, estratos, regiones o clases en la situación alimentaria y nutricional.

A partir de lo anterior, se expone la situación alimentaria y nutricional, donde para lograr una incidencia real es necesario abordar los problemas desde esta visión compleja, lo que implica analizar la dinámica de los procesos económicos, políticos y sociales propios del país en relación con un mundo globalizado (Álvarez-Castaño y Pérez-Isaza, 2013). Se evidencia un aumento de las inequidades que llevan a desarrollar un sin número de problemas en salud.

Se ha intentado comprender la obesidad desde diferentes aristas entre ellas la socioeconómica. Según una encuesta representativa de **Medellín** se encontró

que el nivel educativo, el estrato social y los ingresos familiares se asociaron con mayor riesgo de obesidad en población adulta (Morales, Méndez, Shamah, Valderrama y Melgar, 2014) , por lo que se concibe a la obesidad como resultado de un proceso social y no estrictamente biológico, la encuesta a su vez arrojó que con un nivel socioeconómico bajo, la prevalencia de obesidad fue de 17.3%, mientras que en el nivel socioeconómico medio fue de 16.5 % y en el nivel socioeconómico alto fue de 9.2%).

Siguiendo esta misma línea de análisis desde la complejidad, en **Perú** se desarrolló un estudio sobre la prevalencia y los determinantes sociales de obesidad y sobrepeso en la población del 2009 al 2010, de tipo transversal con una muestra de 69526 personas residentes. Se encontró que el sobrepeso en el adulto joven se comporta similar entre hombres y mujeres, no obstante, la obesidad es mayor en mujeres. Los hombres adultos presentan levemente más sobrepeso que las mujeres, sin embargo, son las mujeres las que presentan mayor obesidad, y para ambos casos, fue notablemente mayor la prevalencia en zonas urbanas. Los determinantes sociales asociados al sobrepeso de dichos grupos etarios, fue vivir en el área urbana y ser mujer (Álvarez-Dongo, Sánchez-Abanto, Gómez-Guizado y Tarqui-Mamani, 2012).

En **Argentina**, las enfermedades no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad, siendo las ECNT, producto de los factores condicionantes y determinantes estructurales; por ello en el año 2009 se aprueba la Estrategia nacional para la prevención y control de enfermedades no transmisibles (Ministerio de Salud, 2009) , la cual consiste en intervenciones a nivel de políticas públicas, promoción de la salud y reorientación de los servicios de salud para la detección y manejo integral de los factores de riesgo.

Si bien esta iniciativa es nombrada una estrategia de prevención, en su accionar aborda otros aspectos donde la promoción de la salud puede incidir. Se reconoce el beneficio costo efectivo en el impacto sobre la salud pública que tiene una estrategia de promoción, por encima de una de prevención primaria, sobre las



cuales radica la diferencia de abarcar la totalidad de la población y no únicamente la que cuenta con factores de riesgo.

Así mismo en **Argentina**, para el año 2013, en un esfuerzo dentro del marco del Plan Nacional Argentina Saludable, el Programa Nacional de Control de Tabaco, el Programa Nacional de Lucha Contra el Sedentarismo y el Programa de Municipios y Comunidades Saludables se presenta el manual de acciones municipales de promoción de la alimentación saludable, la actividad física y la lucha contra el tabaco (Ministerio de Salud, 2013), con insumos de estrategias, recursos y herramientas para prevenir las ECNT en el ámbito municipal.

Tal como la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, el manual busca la implementación de estrategias costo efectivas, es decir, de gran impacto y bajo costo para la salud, lo cual alude a considerar esta característica en la construcción de la estrategia, más aún si se ha considerado a nivel de municipio.

Por su parte, en **Chile** en el año 2010 se realiza una encuesta nacional que encuentra que gran parte de la carga en salud es a razón de las enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales tienen una prevalencia en la población de 25 a 44 años, de 13% en hipertensión arterial, 3.8% en diabetes y 23.4% obesidad y obesidad mórbida. Estas prevalencias están asociados directamente a los hábitos que se adquieren a temprana edad (Gobierno de Chile, 2011). De ahí la importancia de realizar acciones nacionales que aboguen por la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

A partir de esta realidad, se crea en **Chile** la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020, donde se intenta controlar factores de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol, la obesidad y sedentarismo, y así también disminuir los riesgos para la salud tanto en las diferentes etapas de vida, como para las distintas situaciones sociales. Esta estrategia contempla los determinantes sociales de la salud como un abordaje integral de diferentes problemáticas en salud. Para ello, plantea disminuir la

gradiente de inequidad en salud relacionada con posición social y así también disminuir la brecha de inequidad en salud relacionada con ubicación geográfica (Gobierno, 2011), promulgando acciones que intentan fomentar proyectos de equidad social de acuerdo con las necesidades propias de la zona. Dichas acciones se centran en el trabajo intersectorial y el fortalecimiento de la salud pública a nivel comunal. Debido al impacto que ha generado esta Estrategia Chilena en la presente década, la misma ha servido de guía para la implementación de acciones en la región.

En **Costa Rica**, al igual que en los países de Latinoamérica mencionados, se ha demostrado la alta prevalencia de obesidad. Según datos de la CCSS (2016) ronda un 29,4% para el año 2014 en la población general. Se estima que esta prevalencia es de un 35,4% en la población femenina y un 25,4% en la población masculina. Según datos de las tres últimas encuestas nacionales de nutrición en Costa Rica, entre las mujeres de 20 a 44 años la prevalencia de sobrepeso y obesidad era de 34.6% en 1982. Esta prevalencia aumentó 11 puntos porcentuales en 14 años llegando a un 45.9% en 1996. Finalmente, según la última encuesta disponible (2008-2009), en 12 años los niveles de sobrepeso y obesidad se incrementaron en 14 puntos porcentuales más, hasta alcanzar a un 59.7% de la población femenina de 20 a 44 años (Ministerio de Salud, 2009).

A partir de estos resultados, en el año 2011, se elaboró en **Costa Rica** el Plan Nacional de Actividad Física y Salud para el periodo 2011-2021, el cual da un abordaje de la actividad física y la recreación desde la producción social de la salud, con enfoque de determinantes de la salud, tales como: cultura de cuidado individual y responsabilidad colectiva, mejoramiento del hábitat humano, desarrollo de capacidades humanas, entre otros, e incorpora ejes transversales como el deporte, la educación física y la recreación. Lo anterior desde el modelo ecológico que explica los determinantes de la actividad física, a partir de los estilos de vida en tres escenarios: intrapersonal, ambiente social y ambiente.

Posterior a este plan, en el 2014 la OPS desarrolla para **Costa Rica** la Estrategia Nacional para el abordaje integral de las enfermedades crónicas no

transmisibles y la obesidad 2013-2021, la cual surge como respuesta a la Estrategia y Plan de Acción Mundial en ECNT de la OMS. Esta estrategia tiene como objetivo general la reducción de 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, los factores de riesgo y la prestación de servicios de salud para el mejoramiento de la calidad de vida de la población nacional, bajo los principios de derechos humanos, enfoque de género, determinantes sociales, abordaje basado en equidad y el curso de vida, acción multisectorial y empoderamiento de las personas y comunidades.

La metodología parte del Acuerdo Ministerial-OPS/OMS, designación de coordinación, equipo de rectoría y Comisión Nacional de Enfermedades no Transmisibles y Obesidad, mapeo de situación actual enfermedades no transmisibles y obesidad epidemiológica y de gestión, definición de metas y definición de lineamientos estratégicos e indicadores de resultados. Lo anterior, a través de aplicación de instrumentos y talleres de consulta con expertos y expertas en los nueve temas definidos en el marco de la Estrategia Mundial, y la consulta realizada a los actores sociales que participaron para tener como resultado el diseño final de la estrategia.

Por otro lado, en la Universidad de Costa Rica (**UCR**) desde el año 2013 se ha implementado un proyecto para el manejo integral de la obesidad, ejecutado por parte de la Oficina de Bienestar y Salud y la Unidad de Promoción de la Salud, dicho proyecto es conocido como "Proyecto 0", el cual busca reforzar conocimientos, actitudes y prácticas para el desarrollo de hábitos saludables y la modificación de indicadores físicos y psicológicos en funcionarios y estudiantes con obesidad desde un enfoque integral y constructivista. Lo anterior, a través de la ejecución de actividades programadas durante un año, que incluyen entrenamientos físicos, psicoterapias grupales, talleres y convivios, bajo el acompañamiento de profesionales de distintas disciplinas como psicología, nutrición, medicina, y educación física.

Dentro de las propuestas metodológicas más recientes para trabajar esta temática, se encuentra la realizada por parte del Ministerio de Salud de Costa Rica (2017) para la elaboración de un plan que aborde la obesidad y sobrepeso en niños, niñas y adolescentes. Se elaboró a partir de un proceso participativo donde intervinieron instituciones del sector salud y otros actores sociales involucrados con el tema, como lo fueron el Ministerio de Educación, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Economía, Industria y Comercio, y el Instituto Costarricense de Deporte y Recreación.

La metodología utilizada para el proceso de elaboración de este plan corresponde a la suministrada por la Dirección de Planificación Institucional del Ministerio de Salud de Costa Rica, la cual consiste en: conformación del equipo de trabajo, revisión bibliográfica de políticas, planes, programas y proyectos implementados a nivel nacional, revisión, ajuste y consolidación de políticas y estrategias, elaboración de la metodología del plan, sistematización de productos, elaboración del documento, validación, incorporación y ajustes, productos de la validación y finalmente, la oficialización; dicha metodología tuvo como resultado el Plan para el Abordaje Integral del Sobrepeso y Obesidad en la Niñez y Adolescencia en el 2017.

Con base en los estudios y estrategias desarrolladas anteriormente, se evidencia que la obesidad corresponde a uno de los problemas en salud pública que ha venido en constante crecimiento en los últimos años, principalmente en la región de América. A pesar de que en los diferentes países estudiados esta problemática ha sido abordada desde distintas aristas, la mayoría de las acciones que se han desarrollado han sido desde el enfoque preventivo en función de alimentación saludable y actividad física; todas partiendo desde una metodología de consulta participativa entre los interesados, llámense sociedad civil e instituciones involucradas, lo que se puede relacionar con el modelo de atención enfocado únicamente en estilos de vida saludable. Además, dichas acciones se centran en la disminución de obesidad en población infantil, o población en general, dejando de lado la existencia de estrategias que permitieran abordar la

obesidad desde los determinantes de la salud específicamente en mujeres adultas.

Las mujeres adultas fueron la población meta de esta investigación, ya que en términos generales en las sociedades latinoamericanas son todavía las mujeres quienes toman las decisiones relacionadas con la alimentación y el uso del tiempo en el seno del hogar, de manera que actúan a su vez como multiplicadoras de hábitos en el ámbito familiar.

## **1.2. Problema de investigación**

La propuesta del trabajo final de graduación surge a partir del proyecto de investigación 742-B4-348 "Variaciones en la alimentación y la composición corporal en mujeres de zonas urbanas de Costa Rica con diferente nivel socioeconómico", el cual identifica que las mujeres de bajo nivel socioeconómico poseen una mayor prevalencia de obesidad (39%) en comparación con las mujeres de alto nivel socioeconómico (18%) (Bekelman, Santamaría-Ulloa, Dufour, Marín-Arias y Dengo, 2017).

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la OPS, afirma que América Latina y el Caribe (ALC) se encuentran en una etapa de transición entre dos momentos clave en su desarrollo. Si bien es cierto en los últimos 20 años los países de ALC han avanzado en la prevención y control de las deficiencias nutricionales, se observa un rápido incremento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad que afecta a toda la población sin importar su condición económica, su lugar de residencia o su origen étnico, con un impacto mayor en las mujeres (2017), evidenciando la complejidad de esta problemática en salud.

La mayoría de los países de esta región, enfrentan el problema de la "doble carga de la malnutrición", es decir, comunidades y hogares en los que la desnutrición coexiste con el sobrepeso y la obesidad (FAO y Presanca-SICA, 2013 citado por Programa Estado de la Nación, 2016, p.150). Siendo estas dos últimas causas de gran preocupación debido a la "fuerte evidencia que vincula al sobrepeso y la obesidad como factor de riesgo para algunas ECNT, con especial

énfasis en las enfermedades cardiovasculares (ECV), las enfermedades respiratorias crónicas, algunos tipos de cáncer y la diabetes mellitus” (CCSS, 2016b).

Con base en datos del Programa Estado de la Nación (2017), las ECNT dominan actualmente el perfil de morbimortalidad no solo en Costa Rica, sino, en la región de Centroamérica. Estas se relacionan con estilos de vida no saludable, entre ellos la falta de actividad física y la mala alimentación; asociados al sobrepeso y la obesidad. A partir de esto, resulta de gran importancia el dar prioridad a acciones que aborden este tipo de problemas en salud.

En el ámbito nacional, con base en datos estadísticos de la última Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009 realizada por el Ministerio de Salud, las mujeres costarricenses de 20 a 45 años registran una prevalencia de obesidad del 66,6% (2009). Asimismo, los resultados obtenidos de la encuesta de Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular del 2014 evidenciaron que, en comparación con los hombres, las mujeres en Costa Rica presentaban una mayor prevalencia de obesidad de (35,3% vs. 25,3%) y que entre los 40 y los 64 años la prevalencia de obesidad en las mujeres era aún mayor (44,2%) (CCSS, 2016).

La obesidad es un factor de riesgo para la salud de la población, cuya prevalencia ha venido en aumento constante en los últimos años. Bajo el entendido de que la obesidad tiene un origen multicausal, el principal aporte de este trabajo final de graduación se enfoca en el análisis de este problema desde el marco de los determinantes sociales de la salud para dar un abordaje desde la promoción de la salud, y que a largo plazo contribuya en la disminución de su prevalencia.

Se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo abordar la obesidad en mujeres de 25 a 45 años residentes en los cantones de Alajuelita y Escazú desde el análisis del modelo de los determinantes sociales de la salud?

### 1.3. Justificación

Como resultado de la investigación realizada por Bekelman, Santamaría-Ulloa, Dufour, Marín-Arias y Dengo (2017), se obtuvo que en los cantones de Alajuelita y Escazú las mujeres de bajo nivel socioeconómico tienen mayor prevalencia de obesidad, lo cual se relaciona, entre otros factores, con las limitaciones en el acceso a alimentos saludables que se adapten a las condiciones de vida de las mujeres, por lo que la dieta se caracteriza por un alto consumo de carbohidratos y un bajo consumo de alimentos fuente de proteína.

Sin embargo, aun siendo el nivel socioeconómico un determinante en el acceso a alimentos, tanto las mujeres de bajo nivel como las de alto nivel socioeconómico, presentan importantes niveles de prevalencia de obesidad, 39% y 18% respectivamente, demostrando que la causalidad de la obesidad, únicamente no se le atribuye al nivel socioeconómico, por lo que un abordaje desde los determinantes sociales de la salud se vuelve fundamental para comprender la compleja causalidad de la problemática, que no se visualiza en su totalidad en la primera parte de la investigación realizada por Bekelman et al (2017). Entre otras causas de la obesidad, en la literatura se encuentra el enfoque sociológico (Cruz, Tuñon, Villaseñor, Álvarez, Nigh, 2013) que contempla como aspectos causales de la obesidad los fenómenos en redes, la urbanización, residencia y pobreza, la perspectiva de género y el estigma social. Así mismo otros autores estudian otros factores como los biológicos, sociales, psicológicos y hábitos familiares para ampliar la comprensión desde otras perspectivas (Martínez-Munguía y Navarro-Contreras, 2013).

Si bien, para una comprensión del abordaje que requiere la obesidad desde la promoción de la salud, es necesario considerar el planteamiento realizado por Ponte-Mittelbrunn (2008, p1), donde explica:

“...entender la salud, no como un estado, sino como un proceso complejo y dialéctico; biológico y social; singular e interdependiente; alejado del equilibrio, pero con cierto grado de estabilidad como consecuencia de mecanismos de adaptación y relaciones dinámicas, ecológicas, culturales, políticas, económicas,

vitales e históricas propias, en donde existe libertad de elección (autodeterminación del individuo)".

Con el fin de tener una noción de salud que se acerca más a la realidad en la que vive cada persona, que contempla aspectos que forman parte de una integralidad, se muestra la salud ya no como algo negativo, ni como un estado, sí más bien como un proceso dinámico que por su complejidad se construye según las relaciones en las que se da o que se haya dado con anterioridad. Lo que ayuda a comprender la obesidad como un resultado de la interacción de múltiples factores, que si bien es cierto requiere de un abordaje integral que involucre el estudio y análisis de los determinantes sociales de la salud, base fundamental para la promoción de la salud.

Se decide analizar los determinantes sociales de la salud en las mujeres, ya que estos son indicadores del proceso de salud de cada persona y permiten entender la causalidad de situaciones que ponen en riesgo la salud, (Ministerio de Salud, 2014).

Para el análisis de los determinantes sociales de la salud se partió del modelo desarrollado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (2010), el cual permitió analizar la obesidad por medio de los determinantes estructurales e intermedios de la población. Cabe destacar que este modelo responde a un planteamiento reciente y actualizado, para entender los problemas de salud desde su complejidad, puesto que, establece relaciones con el contexto sociopolítico, cultural, así también con la educación, género, ocupación, factores conductuales, circunstancias materiales entre otros. Por ende, permite indagar de manera más completa las posibles causas de la obesidad como problema en salud.

Con lo anterior se reconoce la importancia del papel que toma la Promoción de la salud, que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1986), en la Carta Ottawa, su accionar se desarrolla en un marco que incluye elaboración de política pública en salud, creación de ambientes favorables, reforzar acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales y finalmente la reorientación de los servicios

De la misma forma la OMS (1986, p.1) apunta que *"la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y*



*ejercer un mayor control sobre la misma” (p.1), y que con ello las personas tendrán la capacidad de identificar, realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente de ser necesario. Este como primer pronunciamiento sobre promoción de la salud, se muestra a grandes rasgos como guía para iniciar acciones que mejoren la salud de la población, no obstante deja ciertos vacíos, para plantear desde un marco teórico más actualizado y sólido, acciones de intervención.*

En su acontecer, han surgido importantes posiciones al respecto en conferencias mundiales tales como Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Yakarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009), Helsinki (2013) y Shangai (2016); cada una desde una posición epistemológica que subyace de los acontecimientos teóricos, históricos y de análisis.

De las anteriores, se hace énfasis en la Séptima Conferencia sobre Promoción de la Salud, OMS (2009), realizada en Nairobi, que habla de promoción de la salud como una estrategia para mejorar la salud, el bienestar y reducir las inequidades en salud, que de manera paralela, ayuda a lograr metas internacionales y nacionales de salud; y dada la naturaleza del objetivo general del presente trabajo, se considera oportuno partir de dicha concepción.

Asimismo, la OMS (2009), sigue ligando la promoción de la salud a lo que promulgó en la primer declaración, puesto que alude que, a través de su implementación se crean sociedades más justas donde las personas puedan *“llevar vidas que ellos mismos valoran”*, tomando el control sobre su propia salud y los recursos necesarios para su bienestar.

Partiendo entonces, de la promoción de la salud como estrategia, en la que se pueden desarrollar procesos en espacios de la vida cotidiana, como escuelas, lugares de trabajo, hogares, y comunidades; que se enfoca de forma integral en la salud de toda la población; con la que se pueden abordar temas que mejoren la salud y calidad de vida de las personas y comunidades; y que se basa en el enfoque y análisis de los determinantes sociales de la salud desde diversas metodologías y se implementa a todo nivel (Salinas, 2018), se visualiza como base teórica para el desarrollo de la propuesta de trabajo, la promoción de la salud como estrategia, sin dejar de considerarla como algo que va más allá, tal es el caso que expone Kickbush, (1996) promoción de la salud como “...proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y, al mismo

tiempo, mejorar esa salud...”, encontrando a la vez una estrecha relación con lo que se propone en la primer conferencia sobre promoción de la salud.

Según el Quinto Informe del Estado de la Región (Estado de la Región, 2016), con excepción de Panamá, que resulta ser de los países de la región con mayor inversión pública en salud (520 dólares por persona) en comparación con los otros países; el sobrepeso y la obesidad en las mujeres de edad fértil han incrementado de manera alarmante para el resto de los países de la región, en 2013 más del 50% de las mujeres presentaba esta situación.

Razones que motivan a desarrollar esta propuesta en madres al ser un grupo poblacional que en Latinoamérica aún tiende a jugar un rol importante en la formación de hábitos en el hogar. Es la madre “quien decide los alimentos que compra y prepara de acuerdo con su capacidad económica, la disponibilidad de tiempo y los conocimientos y preferencias que tenga para la selección de alimentos” (Restrepo y Maya, 2005), de esta forma la reproducción de patrones saludables o poco saludables las afecta no solamente a ellas, sino también a sus familias.

El modelo teórico de patrones de comunicación familiar o de Koerner y Fitzpatrick, explica las conexiones entre la comunicación familiar y los comportamientos y actitudes de los miembros de una familia y las prácticas que se promueven (Bojorges-Martínez, 2016), por ello será importante entender la influencia que tienen las madres sobre la salud de los miembros de su familia o bien, si ocurre en el sentido contrario, siendo los familiares los que influyen en la salud de las madres.

A través del desarrollo de este seminario de graduación se logró desarrollar la estrategia de promoción de la salud; bajo el entendido de que en esta modalidad se permite que los estudiantes se posicionen "alrededor de algún problema científico o profesional, se familiaricen con las teorías y métodos de investigación propios de la disciplina y su aplicación a casos específicos" (UCR, 1980). La modalidad de seminario de graduación permitió realizar el desarrollo de espacios de discusión, reflexión y análisis en equipo para lograr una mejor comprensión de la problemática de la obesidad y a su vez permitió ofrecer una

respuesta desde diferentes perspectivas que contribuye con la salud de la población.

Para efectos de este trabajo final de graduación, se tomaron en cuenta los principios de la bioética, entendiendo ésta como “el estudio sistemático y profundo de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, a la luz de los valores y de los principios morales” (Reich, 1978). Entre los principios considerados, se incluyó la autonomía, tanto en las mujeres como en los actores de las instituciones, quienes pudieron decidir libremente su participación en la investigación, esto respaldado por medio del formulario de consentimiento informado, el cual explicaba en detalle el propósito de la investigación y las implicaciones para el participante.

Además, se incluyó el principio de beneficencia, el cual se centra en que las acciones realizadas por los investigadores buscaban el bien. El principio de no maleficencia se incluye en la manera que se abstiene de realizar acciones que puedan afectar a alguna persona. Asimismo, se incluyó el principio de justicia en la garantía de información de calidad sobre los procesos de la investigación hacia las personas participantes. Como parte de los valores de la investigación, se incluyeron el respeto hacia los participantes de la investigación, así como sus opiniones; la libertad ya que los participantes decidieron si querían participar en la investigación, así como cuándo abandonarla, y por último se incluyó el valor de honestidad hacia los participantes, en cuanto a la información que se les brindó sobre el propósito de la investigación y la recolección de datos.

Con este trabajo se realizó un aporte significativo en el quehacer institucional, facilitando un insumo que oriente las acciones para abordar la problemática identificada desde la promoción de la salud. Si bien se han desarrollado algunos esfuerzos desde otras disciplinas para comprender y abordar la obesidad, esta investigación brinda un acercamiento desde los determinantes sociales de la salud para comprender su complejidad y dar un abordaje desde la Promoción de la Salud.

Durante este proceso, se contó con la aprobación de los jefes de las Áreas Rectoras de Salud de Alajuelita y Escazú, los cuales han puesto a

disposición recurso humano institucional, tecnológico, material, y de oficina. En cuanto a recurso financiero se contó con un fondo de 485 000 colones, asignado por parte de la Vicerrectoría de Investigación de la UCR para trabajos finales de graduación de licenciatura, los cuales se emplearon en actividades propias del trabajo final de graduación, durante el segundo semestre del año 2018 y el primer semestre del 2019. Estos fondos se utilizaron para pago de viáticos de alimentación de las estudiantes durante la realización del trabajo de campo, la compra e impresión de materiales, así como los materiales para las actividades grupales en la comunidad.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Diseñar una estrategia de promoción de la salud para el abordaje de la obesidad en mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú desde el análisis de los determinantes estructurales e intermedios del modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud 2010.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

1. Analizar los determinantes estructurales de la salud en las mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú.
2. Analizar los determinantes intermedios de la salud en las mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú.
3. Identificar los elementos y contenidos de la estrategia de promoción de la salud, tomando en cuenta el entorno comunitario y la participación de las mujeres de 25 a 45 años y actores sociales de los cantones de Alajuelita y Escazú.

## **CAPÍTULO II**

### **PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO**

En este capítulo se detalla el proceso metodológico seguido en el seminario de graduación, el cual se dividió en dos partes. La primera parte: Sesiones de enseñanza-aprendizaje desarrolladas a partir de la organización de las actividades académicas propuestas por el docente a cargo de las estudiantes, mientras que la segunda parte hace referencia a los elementos propios de la metodología utilizada en la investigación por el equipo de estudiantes.

#### **2.1. Parte I. Sesiones de enseñanza-aprendizaje del desarrollo del Seminario de graduación**

La modalidad seminario, cuenta con la particularidad de que las estudiantes matriculadas tuvieron que participar de actividades académicas universitarias, organizadas mediante un curso regular tipo seminario, el cual se explica a continuación.

##### **2.1.1. Descripción**

El seminario de graduación consistió en un curso cuyas sesiones se orientaron a la enseñanza-aprendizaje de conocimientos que propiciaron la discusión y análisis sobre temáticas relacionadas con los determinantes de la obesidad, así como la facilitación de herramientas básicas para el manejo, análisis y presentación de datos relacionados con la investigación a desarrollar, como por ejemplo, indicadores de salud, variables sociales, demográficas, económicas y CAP's que determinan las condiciones de salud de la población, principalmente las condiciones de la obesidad.

Las sesiones se realizaron de forma virtual y presencial. Estas últimas, tuvieron lugar en el Instituto de Investigaciones en Salud, con una frecuencia semanal y una duración mínima de 2 horas y máxima de 5 horas; en dichas sesiones tuvieron participación profesional de expertos en temas relacionados con el tema de investigación. Por su parte, la docente a cargo se encargó de impartir clases para la facilitación de herramientas de análisis y manejo de datos, generando espacios de discusión sobre las

sesiones con expertos. Las estudiantes matriculadas expusieron los avances de los entregables solicitados en las sesiones presenciales, según cronograma.

Las sesiones virtuales fueron programadas en el cronograma de forma semanal, algunas de ellas consistieron en sesiones con expertos que no pudieron asistir de forma presencial, otras de las sesiones fueron para generar discusión sobre temáticas o preguntas generadoras a lo largo del curso, asimismo, estos espacios virtuales funcionaron como un medio para hacer entrega de tareas o avances que no requirieron de presentación oral.

La vinculación de este proceso académico con el proyecto de investigación 742-B4-348 “Variaciones en la alimentación y la composición corporal en mujeres de zonas urbanas de Costa Rica con diferente nivel socioeconómico”, en el que se encuentra inscrito, se llevó a cabo mediante la ejecución de uno de sus objetivos, que consistía en elaborar una estrategia de promoción de salud que fuera acorde con las particularidades locales de ambos cantones, Alajuelita y Escazú, con el propósito de que en una primera etapa se identificaran las inequidades y/o determinantes de los resultados obtenidos en la primer investigación y dar una respuesta integral desde promoción de la salud en una segunda etapa.

Este seminario ofreció a las estudiantes la posibilidad de desarrollar habilidades y destrezas de investigación para identificar y analizar situaciones en salud desde la promoción de la salud como proceso, y desde un abordaje científico mediante la utilización del enfoque de investigación mixto, incluyendo el manejo ético que debe prevalecer en todo trabajo de investigación formal.

El propósito general de esta actividad académica se centró en formar competencias para la ejecución del trabajo final de graduación del Plan de Estudios de Licenciatura en Promoción de la Salud y para el futuro desempeño profesional de las estudiantes.

### **2.1.2. Competencias**

Las estudiantes desarrollaron un proceso de aprendizaje a través de la participación y discusión grupal, que partió de los conocimientos adquiridos en las sesiones donde se abordaron temáticas relacionados a los factores determinantes de la obesidad, y el manejo y análisis de datos para el diseño de una estrategia de promoción de la salud. Este proceso contribuyó al fortalecimiento de las siguientes destrezas y habilidades

- Valorar la importancia de la Promoción de la Salud en los diferentes contextos.
- Valorar la importancia de la ética y bioética en la investigación.
- Desarrollar investigaciones en el campo de la salud para el estudio de los determinantes sociales de la salud para el abordaje de la obesidad.
- Diseñar estrategias de promoción de la salud a partir del estudio de los determinantes de la obesidad.
- Aplicar estrategias de liderazgo, negociación y comunicación asertiva con los actores sociales.
- Gestionar procesos comunitarios con proactividad e innovación.
- Desarrollar procesos de aprendizaje a través del trabajo en equipo.

### **2.1.3. Contenidos**

Los saberes esenciales a desarrollados en el proceso del seminario de graduación se presentan en el cuadro 1.



**Cuadro 1.** Saberes esenciales del seminario de graduación

Saber conocer	Saber hacer	Saber ser
<p>Bases conceptuales relacionados al análisis de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Política Pública en salud.</li> <li>Servicios de salud.</li> <li>Promoción de la salud.</li> <li>Actividad física y ejercicio físico.</li> <li>Alimentación saludable.</li> <li>Salud mental.</li> <li>Higiene del sueño.</li> <li>Manejo del tiempo.</li> </ul>	<p>Analizar los factores de entorno e individuales que intervienen en la salud de la población, para la comprensión de los determinantes de la obesidad.</p>	<p>Analítica ante situaciones complejas.  Trabajadora en equipo para el desarrollo de análisis.  Crítica ante los resultados obtenidos y los métodos a utilizar.  Valorativa de la producción del conocimiento.  Reconocedora de la importancia de la investigación en la producción de conocimiento.</p>
<p>Técnicas y métodos de análisis de datos.</p>	<p>Aplicar métodos y técnicas de análisis de datos.  Reconocer la importancia de la investigación.  Elaborar bases de datos  Reconocer los sesgos asociados a las técnicas</p>	<p>Ética en las actuaciones.  Vinculante de acciones con las poblaciones del estudio.  Creativa y flexible en el diseño de propuestas y en la aplicación de técnicas.</p>

Saber conocer	Saber hacer	Saber ser
Diseño de estrategias de promoción de la salud	<p>Seleccionar criterios para el abordaje de la problemática.</p> <p>Generar propuestas para el diseño de la estrategia de Promoción de la salud.</p> <p>Diseñar una estrategia de promoción de la salud para el abordaje de la obesidad en la población seleccionada.</p>	Líder en procesos de análisis, intervenciones de terceros y diseño de la propuesta.

Fuente: Elaborado por Carolina Santamaria Ulloa, 2018.

#### **2.1.4. Procedimiento**

Debido a que en este seminario de graduación participaron 5 estudiantes de la carrera de Promoción de la Salud, se realizó una división entre las mismas, según los objetivos planteados, con el fin de distribuir de manera equitativa el trabajo desarrollado durante todo el proceso.

En cuanto a la distribución de labores, fue necesario señalar las tareas específicas de cada investigador, no obstante, el producto o memoria desarrollado se da a partir de una construcción grupal, para una mayor integralidad del trabajo realizado por las cinco estudiantes y la docente a cargo y no una segmentación de este.

La distribución según objetivos y responsabilidades se desarrolló de manera que cada una de las estudiantes tuviera participación, tal y como se muestra a continuación.

**Objetivo 1:** Estudiante 1: Joselyn Arias Quesada y Estudiante 2: Xiomara Granados Obando.

Analizar los determinantes estructurales de la salud en las mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú.

Este objetivo buscó analizar los determinantes del entorno, por medio de las entrevistas semiestructuradas que se aplicaron a los actores institucionales para conocer datos relevantes del entorno social, político, físico, alimentario y sistema de salud, además de consulta bibliográfica.

Por tanto, la estudiante 1 se encargó de organizar el proceso de consulta dentro de las instituciones, estableciendo las citas de entrevista en ambos cantones y coordinar las visitas para lograr obtener la información necesaria en cuanto a los factores del entorno. La estudiante 2 fue la responsable de distribuir las acciones necesarias para su adecuado procesamiento y análisis. Las estudiantes tuvieron como meta lograr la participación de al menos cinco instituciones tanto en el cantón de Alajuelita como de Escazú.

**Objetivo 2:** Estudiante 3: Melina Montero López y Estudiante 4: Michelle Jackson Gómez.

Analizar los factores intermedios de la salud en las mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú.

Este objetivo se compuso de dos grandes momentos la recolección de los datos y el análisis de los datos, por lo que estuvo bajo la responsabilidad de dos estudiantes.

Para la recolección de los datos, la estudiante 3 se encargó de gestionar las visitas a cada uno de los distritos, verificar que el equipo de trabajo portara el mapa del distrito, los materiales, cuestionarios y consentimientos informados utilizados. Así mismo, revisar al final de cada visita, que los consentimientos y cuestionarios se encontraran debidamente completos y por último archivarlos en orden cronológico.

Posterior al momento de recolección de los datos, la estudiante 4, se encargó de gestionar con el equipo de trabajo el análisis desarrollado para cada sección del instrumento, así mismo, debió coordinar los espacios de trabajo grupal para el análisis.

**Objetivo 3:** Estudiante 5: Josette Corrales Calderón.

Identificar los elementos y contenidos de la estrategia de promoción de la salud, tomando en cuenta el entorno comunitario, la participación de las mujeres de 25 a 45 años y actores sociales de los cantones de Alajuelita y Escazú.

Para este objetivo la estudiante 5 tuvo la responsabilidad de captar y analizar los intereses de las mujeres, a partir de lo expresado en los grupos focales, lo cual permitió que la estrategia potenciara los recursos comunitarios y personales utilizados y preferidos en mayor medida por las mujeres.

Para lograr la ejecución del grupo focal, entre las funciones asignadas se encontraba la gestión del préstamo de los cuatro salones en cada distrito, levantar información de las mujeres interesadas en asistir y realizar las llamadas para confirmar la asistencia con al menos una semana de anticipación, gestionar la compra del refrigerio que se brindó, distribuir las funciones de la ejecución del

grupo focal entre el equipo de trabajo y gestionar el análisis de la información recolectada.

Asimismo, se presentaron los resultados a los actores institucionales con el fin de establecer las líneas de acción que debía contener la estrategia desarrollada.

Para ello fue necesario que la estudiante responsable coordinará el lugar, espacio y tiempo donde se realizaron todos los procesos de discusión y análisis para establecer cada una de las líneas de acción que integran la estrategia. Así mismo, se encargó de distribuir las funciones concretas a cada estudiante sobre las tareas a realizadas durante la construcción.

La función de la docente Carolina Santamaría Ulloa se centró en guiar la ejecución de este seminario en todas sus partes, siendo un apoyo vital en temas de análisis y recolección de datos.

A pesar de que se designaron las personas encargadas de cada objetivo específico, todas las estudiantes involucradas estuvieron presentes y fueron partícipes a lo largo del proceso.

Para la formulación de la memoria se realizó la introducción, justificación, estado de la cuestión, metodología, conclusiones, recomendaciones, referencias informativas y anexos. No obstante, la sistematización de los resultados y análisis de la información se construyó a partir de aportes individuales con el fin de conocer la labor de cada estudiante dentro del trabajo realizado en el seminario de graduación.

#### **2.1.5. Evaluación**

Para la evaluación del proceso enseñanza-aprendizaje del seminario de graduación, se tomaron en cuenta las evidencias y valorización de cada producto (cuadro 2):

- Bitácoras: Se presentaron de forma semanal, e incluyeron las actividades y sesiones desarrolladas, resultados, alcances obtenidos y evidencia del

proceso de aprendizaje a partir de los saberes esenciales propuestos para el seminario.

- Laboratorios de análisis de datos: Se desarrollaron cuatro laboratorios de análisis de datos, dos cualitativos y dos cuantitativos.

**Cuadro 2.** Criterios de evaluación del seminario de graduación

Evidencia	Valor (%)
Bitácoras	10
Laboratorios de análisis de datos	20
Avances: 35% <ul style="list-style-type: none"><li>• Avance I: 15%</li><li>• Avance II: 15%</li><li>• Exposición avance II: 5%</li></ul>	35
Memoria de seminario: 35% <ul style="list-style-type: none"><li>• Presentación escrita: 25%</li><li>• Presentación oral: 5%</li><li>• Coevaluación 5%</li></ul>	35

**Fuente:** Elaborado por Carolina Santamaría Ulloa, 2018

### 2.1.6. Cronograma

Para el desarrollo del curso de seminario de graduación se siguió el siguiente cronograma.

Mes	Semana	Actividad 1	Actividad 2	Actividad 3
Diciembre	1	Laboratorio de análisis cuantitativo	Aplicación de entrevistas a actores institucionales de Alajuelita	Aplicación de encuestas a mujeres de Alajuelita
Diciembre	2	Aplicación de encuesta a mujeres de Concepción de Alajuelita	Alimentar base de datos cuantitativa	Transcripciones de entrevistas
Diciembre	3	Aplicación de entrevistas a actores institucionales de Escazú	Aplicación de encuesta a mujeres de Escazú	Alimentar base de datos cuantitativa
Diciembre	4	Aplicación de encuesta a mujeres de Escazú	Alimentar base de datos cuantitativa	Transcripciones de entrevistas
Enero	1	Revisión de bases con conceptuales relacionados a determinantes sociales de la salud, política pública en salud, servicios de salud, promoción de la salud		
Enero	2	Laboratorio de análisis cuantitativo		
Enero	3	Desarrollo de grupos focales Alajuelita y Escazú	Transcripciones de grupos focales Alajuelita	I consulta a expertos
Enero	4	Laboratorio de análisis cualitativo	Transcripciones de grupos focales Escazú	Revisión de bases con conceptuales relacionados con alimentación saludable
Enero	5	Análisis y discusión de resultados	Revisión de bases con conceptuales relacionados a actividad física y ejercicio físico	

Mes	Semana	Actividad 1	Actividad 2	Actividad 3
Febrero	1	Laboratorio de análisis cualitativo	II consulta a expertos	
Febrero	2	Análisis y discusión de resultados	Revisión de bases con conceptuales relacionados con la salud mental e higiene del sueño.	
Febrero	3	Análisis y discusión de resultados	III consulta a expertos	
Febrero	4	Análisis y discusión de resultados	Presentación avance I	Construcción de la estrategia
Marzo	1	Construcción de la estrategia	Entrega y presentación de Informe a Vicerrectoría de Investigación	
Marzo	2	Validación de la Estrategia	IV consulta a expertos	
Marzo	3	Presentación avance II		
Marzo	4	Entrega de Memoria a la Escuela de Salud Pública		
Abril	1			
Abril	2	Defensa pública de TFG		



### 2.1.7. Referencias informativas

La lista de referencias informativas empleada para el seminario fue propuesta de forma conjunta, por parte del equipo de estudiantes y la directora de la investigación, con el fin de contribuir en el aprendizaje de los saberes planteados (cuadro 3):

**Cuadro 3.** Referencias informativas para el Seminario de Graduación

Referencias informativas
Acosta, M. Saenz, M. Mouiser, J. Bermudes, J. (2011). <i>Sistemas de Salud de Costa Rica</i> . Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México. Recuperado de <a href="http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619779011">http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619779011</a>
American Psychological Association (1983). <i>Publication Manual of the American Psychological Association 5<sup>th</sup> edition</i> . Washington, D.C.
Arroyo, H. & Cerqueira, M. (1997). <i>La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina: Un Análisis Sectorial</i> . Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
Arroyo, H.V. (2000/1). Training in health promotion and health education in Latin America. <i>Promotion &amp; Education</i> , 7(1).
Arroyo, H.V. (2004). (Ed) <i>La Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina. Modelos, Estructuras y Visión Crítica</i> . Impresos Universitarios. Universidad de Puerto Rico.
Barrantes E, R. (2013). Investigación: un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo. <i>Editorial Universidad Estatal a Distancia</i> . San José, Costa Rica.
Brenes, A. (1987). Los trabajos finales de graduación, su elaboración y presentación en las Ciencias Sociales. <i>Editorial Universidad Estatal a Distancia</i> . San José, Costa Rica
Canales, F; Alvarado, E. & Pineda, E. (1994). <i>Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud</i> . Washington.
Chapela, M. (2008). <i>¿Qué Promoción de la Salud ha fracasado?</i> Aspectos de las políticas y prácticas públicas de salud en México.
Chapela, M. (2008). Una Definición de Salud para Promover la Salud. Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social. <i>Serie Académicos CBS</i> . Universidad Autónoma Metropolitana. México. p.13-33.
Cipriani, C; Alfaro, Y; Fisher, M & Flores, R. (1996). Manual para escribir informes y

notas técnicas sobre investigaciones aplicadas en Ciencias de la Salud. *Serie de Investigación Aplicada en Alimentación, Nutrición y Atención Primaria de Salud*. Guatemala: OPS/INCAP.

Colomer, C. & Alvarez-Dardet, C. (2001). *Promoción de la Salud: Concepto, estrategias y métodos*. Editorial Masson. España

Commission of the European Communities (2000). *Public Health in the European Community Health Promotion Programme*.

Downie, R., Tannahill, C. & Tannahill, A. (2000). *Health Promotion Models and Values*. Oxford University Press. Great Britain.

Gallardo, H. (1998). *Elementos de investigación académica*. Costa Rica: EUNED.

González, J. (2004). Promoción de la Salud para Todos. *Salud Comunitaria y Promoción de la Salud*. Universidad de la Ciudad de México. Pp.13-36.

Gurdián, R. (1997). *Metodología para la elaboración de un proyecto de investigación*. Panamá.

Hernández, R.; Fernández, C y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. *McGraw Hill Interamericana Editores*. México.

Hulley S. & Cummings, S. (1997) *Diseño de la Investigación clínica*. Madrid: Harcourt Brace.

McKenzie, J., Neiger, B. & Smeltzer, J. (2005). *Planning, Implementing, & Evaluating Health Promotion Programs*.

Ministerio de Salud de Costa Rica (2009) *Modelo conceptual y estratégico del rol rector del Ministerio de Salud para la garantía de acceso a los servicios de salud*

Ministerio de Salud de Costa Rica (2008). *Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la Producción Social de la Salud*. Marco Estratégico Institucional.

Mittelmark M. (2008). Shaping the future of health promotion: Priorities for action. *Health Promot Int* 2008; 23(1): 98-102.

Mittelmark, M. (2005). Global Health Promotion: Challenges and Opportunities. *Promoting Health. Global Perspectives*. Palgrave. Macmillan.

Morgan, D (1998). Practical Strategies for Combining Qualitative and Quantitative. Methods. Applications to Health Research. *Qualitative Health Research* 8(3):362-376.

Muñoz, R.C. (1998). ¿Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis? *Prentice-*

*Hall Hispanoamericana. México*

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa*. Una Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Hacia un Nuevo Concepto de la Salud Pública. Ottawa, Canadá.

Organización Panamericana de la Salud (1996). *Promoción de la Salud: Una Antología*.

Restrepo, H. & Malaga, H. E. (2002). *Promoción de la Salud: Cómo Construir Vida Saludable*. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, Colombia.

Rissel, C. & Bracht, N. (1999). *Assessing Community Needs, Resources, and Readiness*. Building on Strengths. pp. 59-71.

Robinson, R. G. (2005). Community Development Model for Public Health Applications: Overview of a Model to Eliminate Population Disparities. *Health Promotion Practice*. 6 (3) pp.338-346.

Zarcadoolas, C, Pleasant, A. & Greer, D. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, 20(2).

**Fuente:** Elaborado por Carolina Santamaría Ulloa, 2018

## **2.2. Parte II. Método de trabajo**

Este apartado explica el método empleado en el diseño del seminario de graduación.

La presente investigación se estableció desde el enfoque mixto de tipo descriptivo y transversal para la parte cuantitativa, y de tipo fenomenológico para lo que respecta a la parte cualitativa.

A continuación, se describe en detalle la posición metodológica seguida:

### **2.2.1. Enfoque de investigación**

Con base en la naturaleza del seminario y los objetivos planteados se decidió desarrollar la presente investigación desde el enfoque mixto, el cual según Hernández, Fernández y Baptista (2010) no desplaza el enfoque cualitativo ni el cuantitativo, sino, que utiliza las fortalezas de ambos tipos de investigación, combinándolos y tratando de minimizar sus debilidades, lo cual para efectos del

desarrollo del seminario enriqueció la investigación al permitir una comprensión más amplia del problema.

Desde otros autores, el enfoque mixto es concebido como “un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implica la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta para realizar inferencias de la información recabada” (Hernández y Mendoza, 2008, citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2010), bajo ese entendido, se puede decir que el enfoque mixto hace referencia a la integración de métodos cualitativos y cuantitativos.

La investigación mixta, desde la visión de Barrantes (2013) está orientada a la explicación, comprensión y transformación de la información, a través de la triangulación de fuentes, uso pragmático de técnicas de recolección y el análisis de datos, con visión holística y gestáltica de la realidad y de los participantes.

El seminario se valió del enfoque mixto para comprender los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres, a través de la aplicación del cuestionario, intereses por medio de un grupo focal, así como también del análisis de los factores del entorno social, político, físico, alimentario y sistema de salud que influyen en la salud de las mujeres obtenido de las entrevistas a profundidad aplicadas a los actores institucionales involucrados.

### **2.2.2. Tipo de estudio**

Al ser una investigación mixta, el tipo de diseño desarrollado comprendió componentes desde el enfoque cuantitativo y el enfoque cualitativo, las cuales se detallan a continuación.

#### *Componente cuantitativo.*

En cuanto al tipo de investigación cuantitativa, este seminario correspondió a un estudio de tipo descriptivo y transversal, partiendo de lo establecido por Barrantes (2013), el cual indica que, según el alcance del estudio, corresponde a un trabajo de tipo transversal, ya que, estudia aspectos de desarrollo de los sujetos en un momento dado, para este caso, específicamente se estudiaron los

determinantes sociales de la salud de las mujeres de Alajuelita y Escazú durante periodo del 2018-2019.

Según la profundidad u objetivos que planteó dicha la investigación, esta hizo referencia a un estudio de tipo descriptivo, puesto que permitió la descripción del fenómeno en estudio (Barrantes, 2013), por medio del análisis de los determinantes intermedios de la salud.

#### *Componente cualitativo*

El componente cualitativo es de tipo fenomenológico, el cual dio énfasis a lo individual y a las experiencias subjetivas de las personas. De acuerdo con Barrantes (2000) la fenomenología busca conocer los significados que los individuos dan a sus experiencias, intenta ver las situaciones describiendo e interpretando una determinada experiencia.

### **2.2.3. Sujetos participantes**

La presente investigación constó de dos poblaciones participantes, en primera instancia se seleccionaron como sujetos participantes a las mujeres de 25 a 45 años, con al menos un hijo (a), y residentes de los cantones de Alajuelita y Escazú durante el período 2018-2019.

En el cantón de Escazú la población de mujeres es de 34.736 para el 2017, de estas 11.092 son mujeres entre 25 y 45 años (Dirección Actuarial de la CCSS, 2017 citado en Coopesana, 2017). Además, según datos de Coopesana (2017), este grupo etario representa la mayor población de mujeres en la pirámide poblacional, la población con la tasa más alta de fecundidad.

Mientras tanto, la cantidad de mujeres en edades entre 25 y 45 años del cantón de Alajuelita fue de 9615 para el año 2011 (INEC, 2011).

Además, se incluyeron como sujetos participantes a los actores de instituciones y organizaciones relacionados con el tema de investigación, en el cantón de Escazú se incluyó la Municipalidad, Áreas Rectoras de Salud, Comités Cantonales de Deportes y Recreación, Ministerio de Educación Pública, y Cruz Roja. En el cantón de Alajuelita se incluyó la Municipalidad, Áreas Rectoras de

Salud, Comités Cantonales de Deportes y Recreación, Instituto Nacional de aprendizaje y Patronato Nacional de la Infancia.

#### **2.2.4. Muestras**

Como se mencionó anteriormente, esta investigación contó con dos poblaciones participantes, los actores sociales de cada cantón y las mujeres de 25 a 45 años. Por lo que fue necesario realizar muestras distintas para cada población.

##### ***2.2.4.1. Muestra de actores sociales para entrevistas***

En lo que respecta a los actores sociales de instituciones y organizaciones, no se definió a priori un tamaño exacto de muestra, debido a que ésta estuvo sujeta a un análisis de actores y organizaciones involucrados. Se tomó en cuenta el interés de participación de cada una de ellas y que su quehacer se encontrara relacionado con la problemática a investigar. Se logró la participación de cinco instituciones por cada cantón. En Alajuelita: Área Rectora del Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Aprendizaje, Municipalidad de Alajuelita, Patronato Nacional de la Infancia y Comité Cantonal de Deportes y Recreación. En Escazú: Área Rectora del Ministerio de Salud, Comité Cantonal de Deportes y Recreación, Cruz Roja, Municipalidad de Escazú y Circuito educativo del Ministerio de Salud Pública.

##### ***2.2.4.2. Muestra de mujeres a quienes se les aplicó el cuestionario de determinantes intermedios***

Se contó con una muestra total de participantes de 137 mujeres, 69 de ellas residentes de Escazú, y 68 residentes de Alajuelita.

El tamaño de muestral fue previamente estimado para el proyecto madre en el cual se enmarca este TFG. El mismo fue determinado con base en una estimación del poder estadístico que permitiera detectar diferencias entre mujeres de alto y bajo nivel socioeconómico en cuanto a ingesta energética, IMC, e ingesta de proteína.

Las siguientes preguntas e hipótesis fueron las que se pusieron a prueba en la investigación madre para la estimación del tamaño muestral:

1. ¿Cómo varía la composición corporal y la ingesta de energía en mujeres urbanas de alto y bajo nivel socioeconómico en Costa Rica?

H1a: Las mujeres con bajo nivel socioeconómico tendrán un IMC mayor que las de alto nivel socioeconómico.

H1b: Las mujeres con bajo nivel socioeconómico tendrán un mayor consumo de energía que las de alto nivel socioeconómico.

2. ¿Cómo se relacionan el nivel socioeconómico, la ingesta de proteína y la ingesta de energía en las mujeres urbanas costarricenses?

H2a: La ingesta absoluta de proteína será igual entre mujeres de alto y bajo nivel socioeconómico

H2b: Las mujeres de bajo nivel socioeconómico tendrán una menor ingesta de proteína como proporción de ingesta de energía que las mujeres de alto nivel socioeconómico.

H2c: La ingesta de proteína como proporción de la ingesta de energía estará asociada con la ingesta de energía en la muestra completa de mujeres costarricenses.

3. ¿Cómo el acceso a la ingesta de proteína está limitado en las mujeres urbanas costarricenses de bajo nivel socioeconómico?

H3a: Las mujeres de bajo nivel consumirán una menor cantidad de proteínas deseables que las mujeres de alto nivel socioeconómico

H3b: La distancia de viaje para tener acceso a las proteínas más caras será mayor que la distancia para tener acceso a proteínas de precio más accesible entre las mujeres de bajo nivel socioeconómico.

Para estimar el tamaño muestral que permitiera poner a prueba estas hipótesis con una potencia estadística de al menos 80% se utilizó como insumo

las diferencias promedio esperadas y sus respectivas desviaciones estándar entre mujeres de alto y bajo nivel socioeconómico para: IMC, ingesta de energía, ingesta absoluta de proteína, e ingesta de proteína como proporción de la ingesta de energía.

Se estimó que para tener una potencia estadística de al menos 80% para probar la hipótesis H1a, referente a diferencias en IMC según nivel socioeconómico, se requería una muestra de 54 mujeres. Sin embargo, para probar las hipótesis H1b, referente a la ingesta de energía; y las hipótesis H2a y H2b, referentes a la ingesta de proteína, se requería una muestra de 134 mujeres. Por este motivo se determinó que el tamaño muestral del proyecto madre fuera de  $n=134$  mujeres. No se contaron con datos disponibles que permitieran estimar un tamaño de muestra para poner a prueba las hipótesis H2c, H3a y H3b.

Las estimaciones de tamaño muestral se realizaron mediante el software de Lenth (2006) bajo el supuesto de igual tamaño entre grupos. En estudios observacionales de prueba de dos muestras, como lo es esta investigación, lo óptimo es tener el mismo número de observaciones en las dos poblaciones que se comparan (Ellis, 2010). En el proyecto madre, bajo el supuesto de igual variabilidad, se realizó una asignación proporcional entre las poblaciones a comparar. Se asignó un 50% del tamaño muestral a cada uno de los dos cantones, y por ese motivo se propuso una muestra total de 134 participantes compuesta de 67 mujeres en Alajuelita y 67 mujeres en Escazú. Sin embargo, en el trabajo de campo se superó la muestra con 3 participantes más.

Los siguientes fueron los parámetros utilizados para determinar el tamaño mínimo de muestra ( $n=134$ ) para detectar diferencias en ingesta energética:

- Error tipo I,  $\alpha=0.05$
- Poder,  $1-\beta=0.8$
- Desviación estándar= 655 kcal/día
- Diferencia de promedios esperada entre grupos= 317 kcal/día
- Ingesta promedio grupo 1= 1 700 kcal/día



- Ingesta promedio grupo 2= 2 017 kcal/día

La estimación de la diferencia de ingesta calórica promedio esperada entre grupos se basó en datos provenientes de (1) un estudio realizado entre 1996 y 1998 en 30 mujeres de zona urbana y rural en Costa Rica (Chinnock, 2008), (2) una investigación realizada entre 2007 y 2008 en 38 mujeres urbanas de alto y bajo nivel socioeconómico en Colombia (Bender et al., 2015) y (3) el estudio piloto del proyecto madre en que se enmarca este seminario realizado en el 2013 en 30 mujeres urbanas de alto y bajo nivel socioeconómico de Alajuelita y Escazú (Bekelman et al., 2016).

Debido a que la estimación de tamaño de muestra se realizó utilizando algoritmos de búsqueda de raíces en conjunción con estimaciones de poder, las fórmulas matemáticas detrás de la estimación no son fáciles de seguir y de ahí la necesidad de valerse de software. En el caso particular del proyecto madre de este seminario el equipo de investigación, compuesto por investigadores de la Universidad de Costa Rica y de la Universidad de Colorado, realizó las estimaciones de tamaño de muestra con base en el software desarrollado en la Universidad de Iowa por Lenth (2006) a partir de los supuestos y los parámetros que se han sido detallados.

Para determinar si el tamaño de muestra era el adecuado para fines de esta investigación, se utilizó la ecuación desarrollada por Quandt (1986):

$$D_1 = \sqrt{\frac{2 (CV_1)^2}{g} + \frac{(CV_0)^2}{gn}}$$

Donde  $D_1$  es el mayor porcentaje de desviación del promedio grupal a partir del promedio real desconocido que se esperaría un 95% del tiempo,  $CV_1$  es el coeficiente de variación interindividual,  $CV_0$  es el coeficiente de variación intraindividual,  $n$  es el número de colección de datos y  $g$  es el tamaño del grupo.

### 2.2.4.3. Muestra de mujeres que participaron de grupos focales

A partir de la muestra de mujeres antes mencionada, se tomó una submuestra para desarrollar los grupos focales. Participaron 13 mujeres en total, siete del cantón de Escazú y 6 del cantón de Alajuelita. La participación fue voluntaria y condicionada a haber participado previamente del cuestionario.

### 2.2.5. Selección de participantes

Para la selección de las participantes de esta investigación se tomaron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión establecidos por el grupo de investigadores (cuadro 4).

**Cuadro 4.** Criterios de selección de participantes

Participantes	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Mujeres	25 a 45 años. Residentes de Escazú y Alajuelita (San Antonio, San Rafael, Alajuelita y Concepción). Tener al menos un hijo/a.	No tener interés de participar de la investigación.
Actores sociales	Quehacer institucional vinculado con el problema de investigación.  Ubicadas en los cantones de Escazú y Alajuelita.	

**Fuente:** Elaboración propia.

#### 2.2.5.1. Proceso de selección de la muestra de mujeres a quienes se les aplicó el cuestionario de determinantes intermedios

Se eligieron al azar dos distritos para cada cantón participante: San Rafael y San Antonio para Escazú; Alajuelita y Concepción para Alajuelita. Se hizo uso de la herramienta de ubicación geográfica Google Maps, donde se ubicaron los

distritos seleccionados en mapas con resolución a nivel de cuadras y viviendas. Mediante el uso de la herramienta QGIS, a cada cuadra se le asignó un número consecutivo, y dentro de la cuadra, cada una de las viviendas también contó con un número consecutivo asignado.

Mediante la función de números aleatorios de Excel se procedió a seleccionar aleatoriamente las cuadras y viviendas en las cuales se hizo la búsqueda activa de mujeres que reunieran los requisitos de inclusión para este estudio.

La cantidad de cuadras y viviendas seleccionadas en cada distrito fue proporcional a la probabilidad de encontrar una vivienda que reúna los criterios de tener una mujer con el rango de edad y de número hijos requerido para esta investigación. Esta probabilidad se estimó con base en la información del Censo 2011. El objetivo fue obtener la cantidad de viviendas potenciales por visitar con el fin de obtener el número de participantes efectivas de 67 mujeres en Escazú (San Antonio y San Rafael) y 67 mujeres en Alajuelita (Alajuelita y Concepción).

#### **2.2.6. Operacionalización de variables y categorías de análisis**

Respondiendo al objetivo general: Diseñar una estrategia de promoción de la salud para el abordaje de la obesidad en mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú desde el análisis de los determinantes estructurales e intermedios del modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud 2010, se realizó la siguiente operacionalización de variables y categorías.

El cuadro 5, corresponde al objetivo específico 1. Analizar los determinantes estructurales de la salud en las mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú, el cual muestra la operacionalización de las categorías que se tomaron en cuenta para el análisis de los determinantes estructurales de la salud.

El cuadro 6, corresponde al objetivo 2, analizar los determinantes intermedios de la salud en las mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú, se

muestra la operacionalización que guio el análisis cuantitativo de los determinantes intermedios

El cuadro 7 comprende el objetivo 3, que responde al proceso de diseño y construcción del documento de la estrategia, a partir de la identificación de los elementos y contenidos de esta, tales como intereses, participación, formas de abordaje y estrategia de promoción de la salud, está ultima a través de la definición de las fases filosófica y de encuadre, la cual se detalla en el apartado metodológico de la fase de construcción.

**Cuadro 5. Operacionalización de variables**

<b>Objetivo específico 1: Analizar los determinantes estructurales de la salud en las mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú</b>								
<b>Constructo</b>	<b>Definición teórica</b>	<b>Definición operativa</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Sub dimensión</b>	<b>Categoría</b>	<b>Sub categoría</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Instrumento</b>
Determinantes estructurales	Estudian cómo los mecanismos sociales, económicos y políticos producen estratificación (OMS, 2010)	<b>1. Factores del entorno social y político:</b> Se asocian a cambio climático y sus consecuencias, determinantes relacionados a condiciones socioeconómicas, estudio de las legislaciones que promuevan hábitos y ambientes saludables. (INCAP, 2016, p. 21).	1.1. Cambio climático	1.1.1. Degradación de los suelos	1.1.1.1. Uso de suelo	1.1.1.1.1 Agricultura	En los últimos 10 años, ¿cómo ha cambiado el uso del suelo en el cantón? (con referencia a la agricultura e industrialización)	Diseño de una estrategia de promoción de la salud para el abordaje de la obesidad. Guía de entrevista actores sociales: Factores del entorno.
						1.1.1.1.2 Industrialización		
			1.2. Condiciones socioeconómicas	1.2.1. Pobreza	1.2.1.1. Acceso a servicio de agua potable	¿Cuál es la situación de pobreza en el cantón? (con referencia a la zona de residencia, al acceso de agua potable y acceso a la educación)		
					1.2.1.2. Acceso a educación			
					1.2.1.3. Zona de Residencia			
			1.2.2. Urbanización	1.2.2.1. Migración	1.2.2.1.1. Inmigración	En los últimos 10 años ¿Cómo ha cambiado el comportamiento de la inmigración en el cantón?		

	<b>2. Factores del entorno alimentario:</b> Determinantes relacionados al consumo de alimentos. (INCAP, 2016, p. 21).	1.3. Legislación en salud	1.3.1. Política pública en salud	1.3.1.1. Políticas, planes, programas y proyectos sobre ambientes saludables		¿Qué legislación que promueva estilos de vida y ambientes saludables existe a nivel local?
						¿Qué planes de acción existen a nivel local para abordar la obesidad?
			1.3.1.2. Políticas, planes, programas y proyectos en hábitos de vida saludables	¿Qué políticas existen a nivel regional para abordar la obesidad?		
		2.1. Alimentos procesados	2.1.1. Oferta	2.1.1.1. Aumento de la oferta en alimentos ultra procesados		En los últimos 10 años ¿Cómo ha cambiado la oferta de alimentos procesado en el cantón?
				2.1.2. Publicidad y mercadeo		2.1.2.1 Aumento en la publicidad de alimentos procesos
		2.2. Seguridad alimentaria		2.2.1. Disponibilidad de frutas y vegetales		En los últimos 10 años, ¿ha aumentado el costo de alimentos saludables en el
2.2.2. Accesibilidad de alimentos						

			saludables		cantón?							
	2.3. Comida rápida	2.3.1. Oferta y demanda de	2.3.1.1. Acceso a comida rápida	2.3.1.1.1. Cercanía a comercios	En los últimos 10 años, ¿ha aumentado el acceso a comidas rápidas de sodas o restaurantes?							
				2.3.1.1.2. Costo de alimentos								
				2.3.1.1.3. Cantidad de comercios								
<b>3. Factores del entorno físico:</b> Se encuentran aquellos determinantes relacionados al gasto energético y la actividad física	3.1. Uso de vehículos motorizados		3.1.1. Incremento en el uso del vehículo particular		En los últimos 10 años, ¿ha incrementado el uso de vehículo particular?							
	3.2. Espacios para recreación y actividad física					Actualmente, ¿cómo se están utilizando los espacios para recreación y actividad física?						
						3.2.1. Utilización de los espacios		¿Existen acciones para mejorar o adaptar áreas verdes?				
								3.2.2. Nivel de seguridad		¿Cómo es el nivel de seguridad en los espacios para recreación y actividad física?		
										3.2.3. Uso de tecnologías informáticas	3.2.3.1 Factor facilitador	¿Cuál es relación que existe entre el uso de tecnologías informáticas y la recreación/actividad
										3.2.3. Uso de tecnologías informáticas	3.2.3.2 Factor obstaculizador	

					ad física
<b>4. Factores del entorno sistema de salud:</b> Capacidad y calidad del sistema para prestar servicios integrales. (INCAP, 2016, p. 22).	4.1. Recursos	4.1.1. Económicos	4.1.1.1. Disponibilidad de recursos económicos para acciones en promoción de la salud		¿La Institución dispone de recursos para el apoyo de entornos saludables?
		4.1.2. Humanos	4.1.2.1. Colaboradores de las instituciones capacitados en temas a fines a promoción de la salud	Nutrición	¿Cuenta la institución con personal que realice acciones orientadas a hábitos saludables? ¿Qué acciones desarrollan?
		Psicología			
		Educación física y deporte			
		Trabajadora social			
		Promoción de la salud			
	Medicina o enfermería				
	4.2. Acciones institucionales dirigidas a la comunidad		4.2.1. Acciones individuales		En la actualidad, ¿En qué acciones para la comunidad están ustedes participando?
			4.2.2. Acciones interinstitucionales	4.2.1.1. Tipo de vínculos	En la actualidad, ¿Con cuales instituciones mantiene vínculos para desarrollar estas acciones? ¿Cómo describe estos vínculos institucionales? En los últimos 5



		años, ¿recuerda si se han desarrollado otras acciones o proyectos relacionados con la salud?
		De las acciones mencionadas anteriormente, ¿Qué resultados obtuvieron?

**Fuente:** Elaboración propia

**Cuadro 5.** Operacionalización de variables

**Objetivo específico 2:** Analizar los determinantes intermedios de la salud en las mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú.

Variable	Definición Teórica	Definición operativa	Dimensión	Dimensión	Indicador	Nivel de medición	Ítems	Instrumentos	Para quien							
Determinantes intermedios	Son aquellos factores específicos del estado de salud de cada persona (OMS, 2010)	Corresponde a las características sociodemográficas; conocimientos, actitudes y Prácticas sobre alimentación y actividad física; autoestima; higiene del sueño; uso de tecnología e interacción social de las mujeres.	1. Características sociodemográficas	1.1. Edad	1.1.1. Años cumplidos	Continua	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	Diseño de una estrategia de promoción de la salud para el abordaje de la obesidad. Cuestionario: Factores individuales	Mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Escazú y Alajuelita							
				1.2. Nivel socioeconómico	1.2.1. Nivel y grado en educación formal	Nivel: categórico	¿Cuál fue el último nivel y grado de educación formal que usted aprobó?			Ninguno	0					
						Grado: nominal				Primaria	1	2	3	4	5	6
										Secundaria académica	1	2	3	4	5	
										Secundaria técnica	1	2	3	4	5	6
										Para universitaria	1	2	3+			
				Universidad	1	2	3			4	5+					
1.2.2. Condición de la vivienda	Categoría	1 Trabajó durante una hora o más (sin contar los oficios domésticos de su hogar 2 No trabajó pero tiene empleo 3 Ayudó en un negocio o finca familiar sin pago 4 Ninguna de las anteriores														
		1.2.3. Trabajo formal	Categoría	Vivienda ubicada sobre carretera pavimentada 0 No 1 Si												
1.3. Estado civil				Categoría	¿Cuál es su estado civil?	Soltera										
						Unión Libre										

					Casada
					Separada
					Divorciada
					Viuda
	1.4. Peso	1.4.1. Kilos	Continua	¿Cuál es su peso exacto en kilogramos?	
	1.5. Estatura	1.5.1. Centímetros	Continua	¿Cuál es su estatura?	
2. Conocimientos, actitudes y Prácticas sobre alimentación y actividad física	2.1. Conocimientos relativos a alimentación	2.1.1. Identificación de porciones de alimentos por día	Categórica	Ítem D11	
			Continua	¿Cuál es la porción de frutas y vegetales que se deben consumir al día para una alimentación saludable?	
		2.1.2. Conocimientos sobre contenido nutricional de los alimentos	Categórica	Ítem D7, D8y D9	
		2.2.1. Interés por mantener una alimentación saludable	Categórica	¿Cuál de estos alimentos contiene más grasa?	Hamburguesa
					Salchichón
					Huevo frito
		2.2. Actitudes relativas	2.2.1. Interés por mantener una alimentación saludable	Categórica	¿Cuánto le interesa tener una alimentación saludable?
	Poco				
	Indiferente				
	Algo				
	Mucho				
			Categórica	¿Qué tan fácil le resulta tener una alimentación saludable de manera regular?	Muy difícil
		Difícil			
		Ni fácil ni difícil			
				Fácil	

				Muy fácil
	2.3.1. Consumo diario de alimentos	Discreta	¿Incluyendo las meriendas cuántas comidas hace usted por día?	
		Categórica	Ítem D2 y D4	
2.3. Prácticas relativas a alimentación	2.3.2. Preparación de los alimentos	Categórica	Piense en la forma en que usted prepara sus alimentos, ¿de qué forma los cocina usualmente?	Fritos (incluye empanizados)
				Al vapor o hervidos
				Asados o a la plancha
				Horneados
				Guisados o salteados
2.4. Conocimientos relativos a actividad física	2.4.1. Beneficios de la actividad física	Categórica	Ítem C9	
	2.4.2. Frecuencia diaria para llevar una vida saludable	Categórica	Para llevar una vida saludable, ¿cuántos minutos de actividad física se debe realizar por día?	Menos de 30 minutos por día 30 minutos por día Más de 30 minutos por día
2.5. Actitudes relativas a actividad física	2.5.1 Interés por realizar actividad física	Categórica	¿Cuánto le interesa realizar actividad física por su salud?	Muy poco
				Poco
				Indiferente
				Algo
			Mucho	
			¿Qué tan fácil le resulta realizar actividad física de manera regular?	Muy difícil
				Difícil
Ni fácil ni difícil				
Fácil				

					Muy fácil
	2.6. Prácticas relativas a actividad física	2.6.1 Frecuencia para realizar actividad física	Categórica	¿Realiza usted alguna actividad física?	
Discreta			¿Cuántas veces a la semana realiza usted actividad física?		
Continua			¿Cada vez que realiza actividad física, cuantos minutos lo practica?		
2.6.2. Preferencias al momento de realizar actividad física		Categórica	¿Dónde realiza actividad física?		
			Categórica	¿Prefiere realizar actividad física sola o acompañada?	
3.Autoestima	3.1. Nivel de autoestima de los participantes	3.1.1. Escala de autoestima de Rosenberg	Categórica	Consta de 10 ítems con puntuaciones de 1 al 4.	
4.Higiene del sueño	4.1. Nivel de higiene del sueño de los participantes	4.1.1. Horas de sueño diarias	Continua	¿Cuál es su hora habitual de acostarse?	
			Continua	¿Cuánto tiempo en minutos dura para conciliar el sueño?	
			Continua	¿Cuál es su hora habitual de levantarse?	
		4.1.2. Calidad del sueño	Categórica	¿Cómo calificaría, en general, la calidad de su sueño?	Muy buena
					Buena
			Ni mala ni buena		
			Mala		
			Muy mala		
			Categórica	Ítem G5, G6, G7 y G8	
5.Tecnología	5.1. Utilización de dispositivos electrónicos	5.1.1. Minutos diarios utilizando dispositivos electrónicos	Categórica	¿Utiliza usted dispositivos electrónicos?	
			Continua	¿Cuántas horas al día hace usted uso de dispositivos electrónicos?	

			5.1.2. Tipos de dispositivos electrónicos	Categórica	Ítem F2
	6. Interacción social	6.1. Participación	6.1.1. Participación en actividades comunales y familiares	Categórica	¿Participa de algún grupo de su comunidad?
				Categórica	¿Participa de actividades sociales o familiares?
				Discreta	¿Con que frecuencia participa de actividades sociales o familiares?
		6.2. Interés	6.2.1. Interés por participar de actividades comunales	Categórica	¿Tiene interés por participar en algún grupo social?
		6.3. Relación familiar	6.3.1. Influencia de amigos y familia para la toma de decisiones en torno a la salud	Discreta	¿Del 1 al 10 como califica la relación que tiene con su familia?
				Discreta	¿Del 1 al 10 que tanto influye su familia sobre las decisiones que usted toma en torno a su salud?
				Discreta	¿Del 1 al 10 que tanto influyen sus amigos sobre las decisiones que usted toma en torno a su salud?

**Fuente:** Elaboración propia.

**Cuadro 6.** Operacionalización de categoría de análisis

<b>Objetivo específico 3: Identificar los elementos y contenidos de la estrategia de promoción de la salud, tomando en cuenta el entorno comunitario y la participación de las mujeres de 25 a 45 años y de actores sociales de los cantones de Alajuelita y Escazú.</b>									
<b>Categoría</b>	<b>Definición teórica</b>	<b>Definición operativa</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Subdimensión</b>	<b>Categoría</b>	<b>Sub categoría</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Instrumento</b>
Elementos y contenidos de la estrategia	Se entiende por contenidos el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que contribuyen al logro de los objetivos (Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2018. parr.2)	Corresponde a los aspectos que se tomarán en cuenta en la estrategia, a partir de los intereses temáticos, escenarios de participación y formas de abordaje propuestos por las mujeres.	1. Intereses	1.1. Intereses temáticos	1.1.1. Factores endógenos	1.1.1.1. Individuales	1.1.1.1.1. Alimentación	¿Qué criterios utiliza para decidir qué comer cada día?	Diseño de una estrategia de Promoción de la salud para el abordaje de la obesidad: Guía para la aplicación de grupo focal
							1.1.1.1.2. Actividad física y recreación	¿Cuáles son los factores que le facilitan u obstaculizan la práctica de actividad física, mantener una alimentación saludable y una sana higiene de sueño?	
							1.1.1.1.3. Higiene del sueño	¿De qué manera cree que el estrés puede afectar la obesidad en las personas?	
							1.1.1.1.4. Salud mental		
					1.1.1.2. Familiares	1.1.1.2.1. Relaciones interpersonales	Según la relación con sus pares (familiares, compañeros, amigos, vecinos u otros) ¿Cómo afectan estas relaciones, las prácticas en salud que realiza (actividad física,		

						alimentación, calidad de sueño, estrés, autoestima, entre otros)?
					1.1.1.2.2. Influencia en toma de decisiones	¿Cómo influyen sus familiares y amistades en la toma de decisiones relacionadas a salud?
			1.1.2. Factores exógenos	1.1.2.1. Comunitarios	1.1.2.1.1. Participación comunitaria	¿Que las motiva a participar de actividades comunitarias que busquen mejorar la salud?
				1.1.2.2. Institucionales	1.1.2.2.1. Involucramiento y accionar	¿Qué instituciones consideran que deben involucrarse para abordar la obesidad en el cantón?
		1.2. Escenarios de participación	1.2.1. Comunitario	1.2.1.1. Espacios idóneos para participación		Según la comunidad donde vive ¿Cuáles consideran que son espacios idóneos para realizar actividades saludables?
			1.2.2. Institucional	1.2.2.1. Relaciones con las instituciones	1.2.2.1.1. Confianza con la institución	¿Cuáles creen que son las instituciones que realizan más acciones comunitarias relacionadas con la
					1.2.2.1.2. Credibilidad	
					1.2.2.1.3. Cercanía	



				salud?
1.3. Formas de abordaje de la estrategia	1.3.1. Metodologías de participación	1.3.1.1. Informativas		Entre metodologías participativas, informativas, de sensibilización o movilización, ¿Cuál cree que se adapta mejor para abordar la obesidad en el cantón? ¿Por qué?
		1.3.1.2. Participativas		
		1.3.1.3. Sensibilización		
		1.3.1.4. Movilización		
	1.3.2. Tipo de actividades	1.3.2.1. Actividades masivas		Entre eventos masivos, esporádicos o actividades permanentes, ¿Cuál cree que es la opción que le permita participar de una manera más activa?
		1.3.2.2. Actividades esporádicas		
		1.3.2.3. Actividades permanentes		
	1.3.4. Estrategias de convocatoria	1.3.4.1 Medio de comunicación	1.3.4.1.1. Radio	¿Qué medio prefiere para enterarse de actividades comunitarias? ¿Cómo se pueden involucrar a más mujeres para que sean partícipes de la estrategia?
			1.3.4.1.2. Televisión	
			1.3.4.1.3. Información impresa	
1.3.4.1.4. Redes sociales				
1.3.5. Condicionantes de la participación	1.3.5.1. Influencia de pares		¿Qué aspectos le impedirían participar de una estrategia para la salud? ¿En qué momentos es más	
	1.3.5.2. Educación/alfabetización			

					1.3.5.3. Interés de participación		adecuado organizar acciones comunitarias (días, horas y duración)?			
					1.3.5.4. Labores del hogar					
					1.3.5.5. Espacio geográfico	1.3.5.5.1 Facilidad o dificultad para desplazarse				
Actuaciones sobre problemas de salud que, bien por su elevada prevalencia o bien por suponer una mayor carga asistencial, familiar, social y económica, requieren un abordaje integral (Servicio Aragonés de Salud, 2017).	La estrategia de promoción de la salud se entiende como el conjunto de acciones coordinadas y orientadas a contribuir a la salud de las mujeres del cantón.	2. Estrategia de promoción de la salud	2.1. Estrategia de promoción de la salud	2.1.1. Fase filosófica	2.1.1.1. Visión		No aplica	No aplica		
					2.1.1.2. Misión					
					2.1.1.3. Valores					
					2.1.1.4. Objetivos					
						2.1.2. Fase de encuadre.	2.1.2.1. Eje tridimensional	2.1.2.1.1. Por entorno		
					2.1.2.1.2. Por poblaciones					
					2.1.2.1.3. Por líneas de acción					
					2.2. Coordinación de acciones para la estrategia de Promoción de la salud	2.2.1. Intervenciones seleccionadas para la acción	2.2.1.1. Individuales			
							2.2.1.2. Grupales			
							2.2.1.3. Comunitarias			
		2.2.1.4. Institucionales	2.2.1.4.1. (temáticas por definir)							
		2.3. Contenidos orientados a la	2.3.1. Implementación	2.3.1.1. Trabajo						

			mejora de salud de las mujeres	n de la estrategia	intersectorial	
					2.3.1.2. Gestión de recursos	
					2.3.1.3. Estrategia de convocatoria	
			2.4. Seguimiento de la estrategia		2.4.1. Estrategias pedagógicas	
					2.4.2. Estrategias de convocatoria	
					2.4.3. Seguimiento de los participantes	

**Fuente:** Elaboración propia.

### **2.2.7. Delimitación institucional, organizativa, territorial y temporal**

El presente trabajo final de graduación se desarrolló en la provincia de San José, específicamente en los cantones de Alajuelita y Escazú, en los distritos de Alajuelita, Concepción, San Antonio y San Rafael.

Dicha propuesta de trabajo fue llevada a cabo durante el II ciclo del 2018 y el I ciclo del 2019. Es importante aclarar que estos ciclos fueron planteados de acuerdo con el calendario lectivo de la Universidad de Costa Rica.

### **2.2.8. Técnicas de investigación e instrumentos**

La técnica de investigación “es un procedimiento o conjunto de procedimientos, regulados y provistos de una determinada eficacia”, como técnica cuantitativa, se aplicó la encuesta, la cual permitió conocer opiniones, creencias, intenciones o actividades (Barrantes-Echavarría, 2000), esta encuesta fue aplicada a las mujeres de ambos cantones que cumplieron con los criterios de inclusión, a través de un cuestionario, el cual, permitió mediante la formulación de preguntas, obtener información para el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

El instrumento se tituló “Diseño de una estrategia de promoción de la salud para el abordaje de la obesidad, Cuestionario: Factores Intermedios”, el cual tenía como objetivo analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres, relacionadas con la promoción de la salud. Se compuso de siete secciones, las cuales comprendieron la condición de la vivienda, características sociodemográficas, actividad física, alimentación, autoestima, calidad de sueño e interacción social (Anexo 1. Cuestionario: Factores individuales. Las secciones del instrumento respondieron a los determinantes intermedios del Modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, exceptuando las condiciones genéticas que son una parte de los factores intermedios del modelo de determinantes de la salud utilizado.

Para recolectar la información referente al tema de actividad física se tomó como insumo de partida el cuestionario de Actividad Física y sedentarismo para

adultos de 15 a 69 años de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio Camino 2016 en México (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016). Se midió conocimientos, actitudes y prácticas.

Con respecto al tema de alimentación se tomó la encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación saludable y actividad física en el paciente obeso (González, 2016). Asimismo, se tomó como referente conceptual las guías alimentarias para Costa Rica (Ministerio de Salud, 2011), las cuales sirvieron como insumo para el planteamiento de nuevos ítems. Los conocimientos se clasificaron en suficientes cuando obtuvieron una nota de 65 o mayor en los ítems referentes al tema e insuficientes cuando la nota fue inferior a 65.

En el tema de autoestima se hizo uso de la escala de autoestima de Rosenberg (Rojas-Barahona, Zegers y Förster, 2009) y finalmente para el tema de calidad del sueño, se tomó como insumo base, el cuestionario de asociación del sueño y obesidad 20 años o más, de la Encuesta Nacional de México de Salud y Nutrición Medio Camino 2016 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

Como técnicas cualitativas, se utilizó el grupo focal, el cual es una técnica dentro de la categoría de entrevista grupal, donde el principal uso que se le da a la interacción es la obtención de datos. Mediante esa interacción se conocen las actitudes y puntos de vista sobre determinado tema (García y Rodríguez, 2000), dicha técnica fue aplicada a las mujeres de ambos cantones, posteriormente de haber completado el cuestionario.

La guía de grupo focal se tituló “Diseño de una estrategia de Promoción de la salud para el abordaje de la obesidad; Guía para la aplicación de grupo focal”. Su objetivo era profundizar en los intereses y los determinantes intermedios de las mujeres desde las actitudes, como complemento a la información obtenida a partir del cuestionario. Comprendió las siguientes secciones: generalidades, introducción, preparación del grupo, debate de fondo, clausura del grupo y una guía de preguntas generadoras (Anexo 2).

Así mismo, dentro del enfoque cualitativo, con los actores institucionales se utilizó la técnica entrevista semiestructurada, la cual implicó que una persona calificada (entrevistador) aplicara la guía a los participantes; su papel fue crucial para recabar información de las instituciones vinculadas. El instrumento empleado se tituló “Guía de entrevista-determinantes estructurales”, ésta tuvo por objetivo analizar los determinantes estructurales de la salud en las mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú, y se compuso de cinco partes denominadas: factores del entorno social y político, acciones institucionales dirigidas a la comunidad, factores del entorno alimentario, factores del entorno físico y factores del entorno del sistema de salud (Anexo 3).

### **2.2.9. Plan de recolección, procesamiento y análisis de la información**

El plan de recolección, procesamiento y análisis de la información se desarrolló en cuatro fases para una mejor comprensión, definidas como fase logística, fase de recolección, fase de procesamiento y fase de análisis.

#### **2.2.9.1. Fase logística**

Esta fase se desarrolló previo a la recolección de datos, para la cual se tomó en consideración los siguientes aspectos:

- Entrevistas a instituciones, u organizaciones de tipo comunal: Una vez identificadas las mismas, se agendaron visitas con cada una de ellas, donde se expuso de manera detallada el proyecto a realizar dentro de la comunidad tanto de Alajuelita como de Escazú, haciendo énfasis en los posibles compromisos y labores a ejecutar. Asimismo, se les invitó a participar dentro del proceso.

En el caso de las instituciones que aceptaron participar en el proceso, se procedió a agendar una cita para la realización de la entrevista semiestructurada, con el propósito de conocer de las condiciones sociales, políticas, alimentarias y de sistemas de salud dentro de la comunidad a investigar. Dichas entrevistas fueron grabadas con previa autorización de los participantes.

- Cuestionarios a mujeres participantes: Se visitaron cada uno de los hogares de la muestra, en el siguiente orden de distritos: San Antonio (código E1), San Rafael (código E2), Alajuelita (código A1) y Concepción (código A2) con la finalidad de aplicar los instrumentos. Se procedió a continuar con el siguiente distrito, una vez que la cuota de participantes por distrito.
- El procedimiento consistió en tomar el mapa del distrito, identificar cada una de las cuadras favorecidas en la muestra, fijar cuál hogar sería el punto de partida para realizar la debida codificación, e iniciar con la aplicación del instrumento; una vez completa la cuadra, se repitió el proceso con la siguiente cuadra de la muestra.
- Grupos focales con mujeres: A partir de la aplicación de los cuestionarios a mujeres, se levantó una lista con la información de contacto de las participantes, con las cuales se procedió posteriormente a desarrollar un grupo focal por cada uno de los distritos seleccionados, es decir, se ejecutaron cuatro grupos focales en total.

#### **2.2.9.2. Fase de recolección**

Se organizó por momentos de acuerdo con el tipo de información que se deseó obtener, en cada una de las técnicas: entrevista semiestructurada, encuesta y grupo focal.

##### *Primer momento*

Con lo que respecta a la aplicación del instrumento de la técnica entrevista semiestructurada, aplicada a las instituciones u organizaciones, se aplicó a través de una guía de entrevista semiestructurada, la cual fue guiada por parte de una de las estudiantes investigadoras, mientras que otra estudiante se encargó de tomar anotaciones y grabar.

##### *Segundo momento*

Una vez identificadas las cuadras en ambos cantones, se visitaron las viviendas, donde en primera instancia se verificó que habitara al menos una mujer que cumpliera con los criterios de selección y que quisiera participar en la investigación. En el caso de las mujeres que aceptaron participar, se dio lectura del consentimiento informado, el cual debió ser completado y firmado en cada uno

de los espacios por parte de la participante, el testigo y la investigadora. Una vez cumplido lo anterior, se procedió con el cuestionario como parte de la técnica encuesta, el cual fue aplicado a la participante por parte de alguna de las investigadoras. Es importante tener en cuenta que cada instrumento aplicado se encontró debidamente codificado según sea el cantón, distrito, número de cuadra y número de vivienda.

#### *Tercer momento*

Finalmente, para la recolección de información de cada grupo focal se contó con una guía de preguntas generadoras, que permitió promover y guiar la participación de las mujeres presentes. Cada uno de esos grupos focales contó con personas a cargo de dirigir la actividad, otras personas a cargo de ir registrando la información generada y otras a cargo de cuidar de los niños y niñas que acompañaron a las mujeres.

#### **2.2.9.3. Fase de procesamiento y análisis de la información**

La tercera fase respondió al procesamiento de la información recolectada en cada uno de los momentos.

Para el procesamiento de los datos cualitativos, una vez que se aplicaron los instrumentos para la entrevista a actores sociales y la guía de preguntas para el grupo focal, se realizó un registro fiel de las entrevistas (transcripción) a través del procesador de texto Word, seguidamente se preparó para el análisis marginal, análisis por reducción y/o análisis por agrupación, de manera que los datos se decodificaron y se agruparon en las categorías previstas y en posibles categorías emergentes separadas por cantón y de acuerdo con las fuentes de información.

El siguiente paso realizado, fue la representación de la información para facilitar visualmente las relaciones entre categorías, así como su conteo, para esto se hizo una representación de los datos a través de gráficas nominales.

Para el procesamiento de datos cuantitativos, se tabularon todos los cuestionarios aplicados en un documento de Excel, lo cual permitió obtener la base de datos por cantón, posterior a eso se trasladaron los datos al paquete de datos estadístico denominado Stata para facilitar el análisis y representaciones gráficas.



Cabe mencionar, que como parte del plan de análisis se partió en un primer momento de la operacionalización del modelo de determinantes sociales de la salud, propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, el cual se divide los determinantes en dos categorías, estructurales e intermedios; los primeros incluyen el contexto socioeconómico y político y la posición socioeconómica; y los determinantes intermedios que se derivan de los determinantes estructurales (OMS, 2010), estos incluyen las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores de comportamiento y/o biológicos y el sistema sanitario; es preciso mencionar que dada la naturaleza de la investigación y dado el factor tiempo como limitante, no se estudió el impacto a largo plazo que tienen los determinantes, pero sí el estudio y el análisis de los mismos en relación con las distintas realidades que viven actualmente las mujeres participantes, es decir los resultados de los determinantes.

Debido a los objetivos del proyecto de investigación fue necesario adoptar el modelo al contexto de las comunidades de Alajuelita y Escazú. Por lo cual, para efectos de la presente investigación se tomaron como parte de los determinantes estructurales el entorno social y político, el cual abordó el cambio climático, pobreza, desigualdades, migración, urbanización, industrialización, legislaciones, leyes, escasez de agua segura; el entorno alimentario, que incluyó disponibilidad de frutas y vegetales, producción de alimentos para agro-exportación, publicidad y mercadeo de alimentos procesados, costos de alimentos saludables, acceso a comida rápida, y tiempo para preparar los alimentos; el entorno físico, relacionado directamente con gasto energético y actividad física, que abarca el transporte motorizado, la recreación sedentaria, las áreas verdes, la inseguridad ciudadana y la tecnología, y el último entorno hacía referencia al sistema de salud, específicamente a los servicios de salud brindados por diferentes organizaciones e instituciones del sector salud, en este caso a nivel local.

Por otro lado, como parte de los determinantes intermedios de la salud se incluyeron las características individuales con respecto a estrés, autoestima, educación nutricional, interacción social y calidad del sueño. A pesar de que el modelo de determinantes utilizado toma en cuenta los aspectos biológicos de las

personas, como los factores epigenéticos y los factores energéticos, estos no se tomaron en cuenta dado que para su medición era necesario de una investigación biomédica y longitudinal que no concordaba con los fines investigativos de este seminario.

Debido a que se obtuvieron datos cualitativos y cuantitativos, a continuación, se detalla el proceso seguido para su análisis.

Los datos cuantitativos referentes a los determinantes intermedios de la salud se analizaron mediante la aplicación de técnicas de estadística descriptiva univariada y bivariada. Además se hizo uso de la estadística multivariada mediante la estimación de un modelo de regresión logística. Con el fin de describir el estado en el que se encontraba la población en lo referente a determinantes intermedios, se hizo una distribución univariada de frecuencias para las variables categóricas (ejemplo: estado civil, nivel educativo, nivel socioeconómico) y se estimaron las medidas de tendencia central para las variables continuas (ejemplo: edad, número de hijos, conocimientos en alimentación y en actividad física). Posteriormente se desarrolló un análisis bivariado en el que se relacionó cada uno de los determinantes intermedio de las mujeres participantes (estado civil, nivel educativo, edad, número de hijos, conocimientos en alimentación, actividad física, autoestima, higiene del sueño, y uso de dispositivos electrónicos), con la presencia de obesidad según Índice de Masa Corporal (IMC) estimado a partir del auto reporte de peso y talla.

Se realizó un análisis multivariado, el cual consistió en un modelo de regresión logística cuya variable dependiente fue la presencia/ausencia de sobrepeso u obesidad en las mujeres participantes, utilizando como variables independientes los determinantes intermedios de la salud.

En lo que respecta a los datos cualitativos, se utilizó la triangulación de datos mediante la confrontación de resultados de las entrevistas, grupos focales, criterio de experto y marco teórico, siguiendo lo expuesto por Rodríguez, Pozo y Gutiérrez (2006) que mencionan que la triangulación se refiere a la confrontación de diferentes fuentes de datos en un estudio, que permite generar convergencias o divergencias entre las fuentes y los resultados obtenidos en la investigación.

Cabe destacar que al referirse a la técnica de la triangulación, no se habla literalmente de la confrontación de las tres fuentes, sino a la pluralidad de confrontaciones que pueden tener los resultados (Oppermann, 2000 citado por Rodríguez, 2005).

Por tanto, para llevar a cabo la triangulación se analizaron los insumos aportados por los expertos que fueron invitados al curso de seminario, las fuentes bibliográficas que forman parte del marco teórico y referencial, así como la información recolectada por medio de las entrevistas y grupo focales, con el fin de analizar la información desde su complejidad contrastando tres vías o más, que permitieron concluir con acciones viables y factibles a desarrollar en la estrategia de promoción de la salud para el abordaje de la obesidad en los cantones de Alajuelita y Escazú.

#### **2.2.9.4. Fase de Construcción de la estrategia**

Se entendió por estrategia al conjunto de acciones orientadas al abordaje de la obesidad en mujeres de 25 a 45 años en los cantones de Alajuelita y Escazú, para la cual, se tomó como punto de partida el contexto de cada localidad y los resultados obtenidos en la fase de recolección y análisis de datos.

Los contenidos que fueron incorporados responden a las áreas de acción, propuestas en la carta de Ottawa (elaboración de políticas públicas sanas, creación de ambientes favorables, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de los servicios de salud), las cuales guiaron las acciones propuestas en la estrategia.

Dichas líneas constituyeron el marco general de la estrategia, sin obviar los elementos y contenidos que surgieron de acuerdo con los intereses y necesidades tanto de las mujeres de como de las instituciones u organizaciones de dichos cantones.

Para la elaboración de la estrategia se utilizó una metodología participativa entre estudiantes investigadoras, actores sociales y mujeres participantes, como un mecanismo para asegurar la viabilidad y factibilidad de la estrategia en dichos cantones.

La fase de construcción de la estrategia se detalla en la figura 1

**Figura 1.** Fases de diseño de estrategia



**Fuente:** Elaboración propia

El diseño de la estrategia se dividió en dos fases; la fase filosófica correspondió a la definición de la visión, misión, objetivos y valores propios de la estrategia. Estos elementos fueron claves para determinar la direccionalidad y fundamentación de las acciones en promoción de la salud.

En segunda instancia, se tuvo la fase de encuadre, la cual se construyó a partir del eje tridimensional conformado por el entorno, la población y líneas de acción a seguir, estos elementos fueron determinados a partir de la construcción conjunta con las instituciones, los datos obtenidos de las mujeres, y el criterio de las investigadoras.

Una vez definido el entorno, se definieron los escenarios de participación (comunitarios y/o institucionales), y se establecieron las metodologías de participación en función de la población beneficiaria de la estrategia. Se contemplaron las metodologías informativas, participativas y de sensibilización, según los objetivos. Se determinaron los ejes temáticos y posibles actividades a desarrollar de acuerdo con los resultados obtenidos. Finalmente, se definieron los

criterios y mecanismos de seguimiento y de evaluación, la cual sería durante y después de la aplicación de la estrategia.

#### **2.4. Obstáculos y dificultades encontradas en el desarrollo del seminario**

En todo proceso existen dificultades que implican dar un mayor esfuerzo para cumplir con los objetivos. Para el diseño de la estrategia se encontraron tres obstáculos que lograron ser superados con éxito.

Al iniciar se presentó con la dificultad de realizar el trabajo final de graduación, bajo la modalidad seminario, dado que es una modalidad que no se da de manera frecuente dentro de la escuela, por lo que existieron ciertas dudas e interrogantes sobre el proceso, sin embargo, contribuyó a dejar un antecedente para los próximos estudiantes.

Otro obstáculo fue el hecho de conformar el equipo con cinco integrantes, lo cual implicaba la capacidad de negociar y trabajar en equipo para tomar decisiones consensuadas.

El último obstáculo, se encuentra en la fase de campo, el no contar con una población cautiva implicaba un esfuerzo mayor, al tener que captar a las mujeres del estudio, casa por casa para aplicar los cuestionarios semiestructurados y lograr la participación de estas, en los grupos focales.

#### **2.5. Factores facilitadores encontrados en el desarrollo del seminario**

En el diseño de la estrategia se dieron facilitadores que apoyaron y agilizaron el proceso y cumplimiento de los objetivos propuestos. Se mencionan a continuación tres facilitadores esenciales durante el proceso.

El primero de ellos corresponde a los diferentes expertos quienes nos brindaron su conocimiento en las diferentes fases, principalmente en el análisis de datos y temas específicos de la estrategia donde el promotor de la salud no tiene un conocimiento amplio. Asimismo, la modalidad de seminario permitió discutir y analizar cada uno de los elementos a profundidad desde diferentes perspectivas.

Otro factor por considerar de gran importancia es el presupuesto otorgado por Vicerrectoría de Investigación que permitió cubrir materiales y gastos de la fase de campo, que de otra manera debía ser cubierto por cada una de las

estudiantes. Por tanto, el período de realización de trabajo de campo se hubiese extendido sino se hubiese contado con el recurso económico necesario para invertir en jornadas completas de trabajo en Alajuelita y Escazú.

Finalmente, el transporte y el acompañamiento brindado por el INISA facilitó las visitas a cada una de las instituciones de ambos cantones y viviendas de las mujeres entrevistadas, proporcionando seguridad y agilidad a las estudiantes en toda la fase de campo.

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS

En el presente apartado se muestran los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos planteados, los cuales, se presentan de acuerdo con la clasificación de los determinantes sociales de la salud; en estructurales e intermedios, y sus respectivas categorías/variables de análisis, así como, los resultados de los elementos y contenidos de la estrategia.

#### **3.1. Determinantes estructurales relacionados con la obesidad en mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú.**

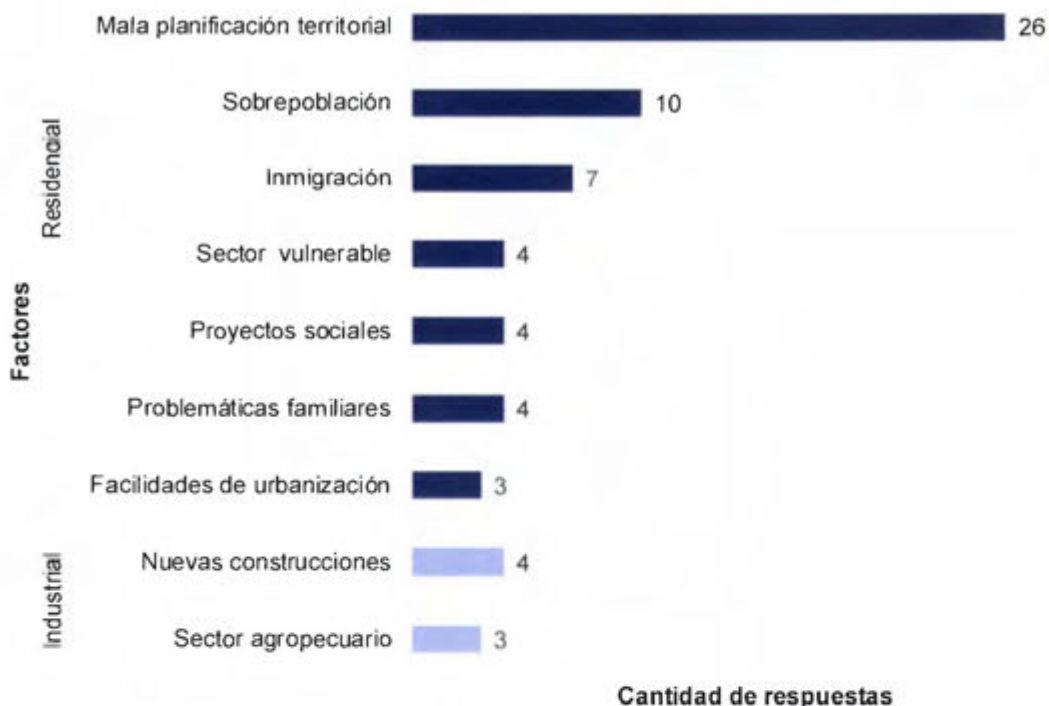
Para la presentación de los resultados obtenidos de las entrevistas aplicadas a diez actores institucionales, sobre los determinantes estructurales de la salud de la población participante; se propusieron cuatro categorías: factores del entorno social y político, factores del entorno alimentario, factores del entorno físico y factores del entorno sistema de salud, que se detallan a continuación para cada cantón, de acuerdo al número de respuestas brindadas por los actores.

##### **3.1.1. Alajuelita**

###### ***3.1.1.1. Factores del entorno social y político***

Dentro de los factores consultados a los actores sociales, se incluyeron los relacionados con el cambio en el uso del suelo en el cantón; a partir de las múltiples respuestas de los entrevistados se encontraron los siguientes resultados.

**Gráfico 1.** Situaciones relacionadas al cambio en el uso del suelo durante los últimos diez años, según actores institucionales entrevistados. Alajuelita, 2018.



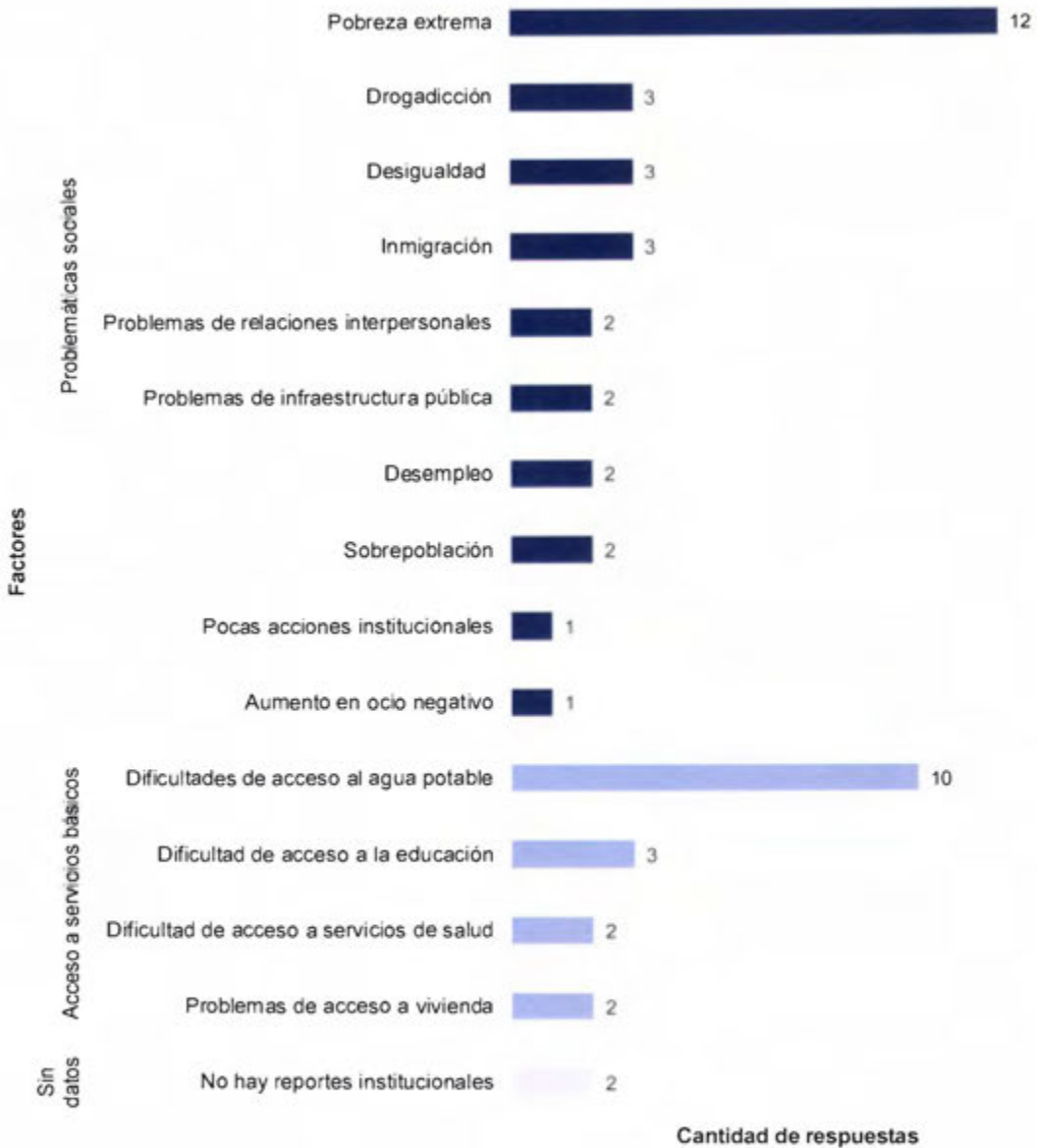
**Fuente:** Elaboración propia

En primer lugar, se observa como el cambio del uso del suelo, se ha desarrollado principalmente en la relación con fines residenciales, y en menor medida, para fines industriales. Cabe destacar que, en cuanto al uso residencial, los actores participantes resaltan en gran medida que el cambio en el uso del suelo responde a una mala planificación territorial y a una sobrepoblación existente en el cantón, como consecuencia del acelerado crecimiento poblacional y el aumento de la inmigración (Gráfico 1).

Por otro lado, con lo que respecta a la condición de pobreza en el cantón durante los últimos diez años, los actores institucionales indican lo siguiente.



**Gráfico 2.** Situaciones relacionadas con la condición de pobreza durante los últimos diez años, según actores institucionales entrevistados. Alajuelita, 2018.



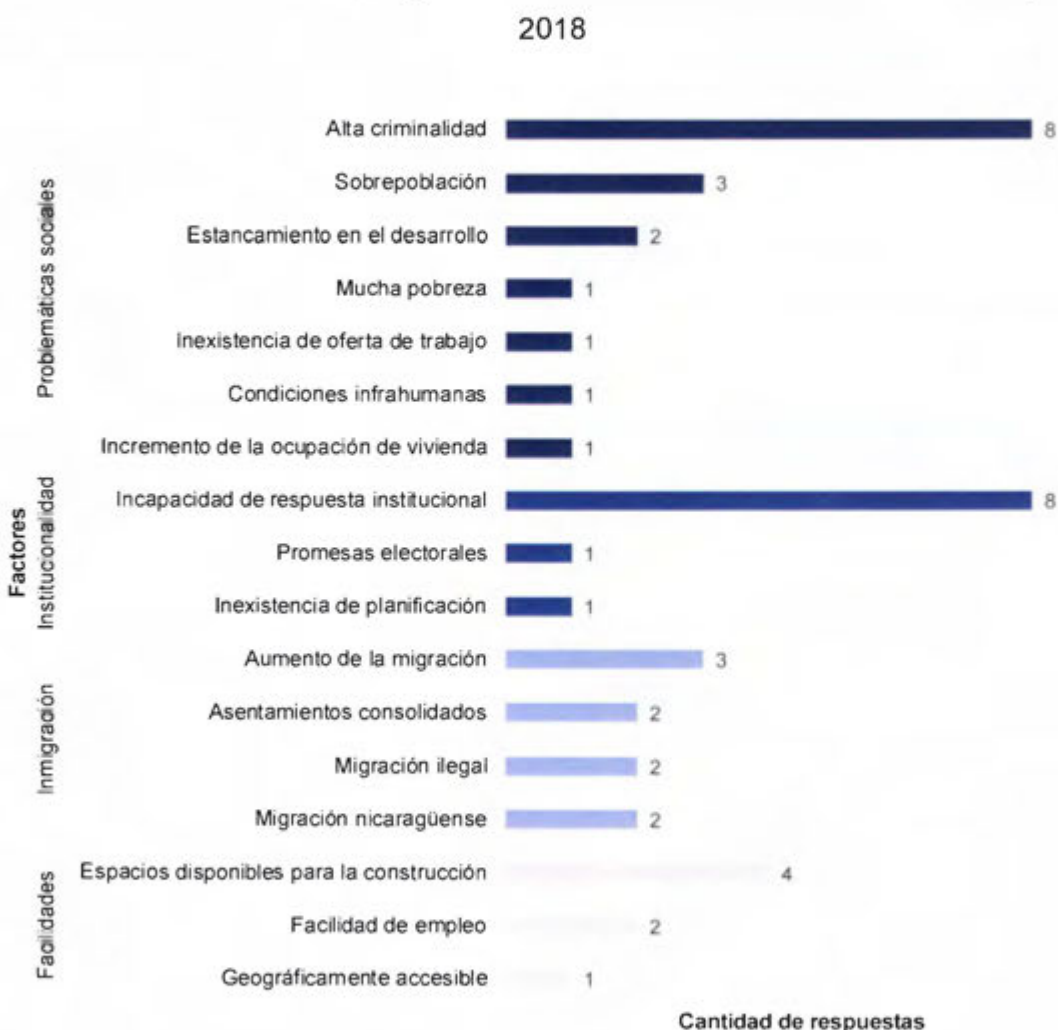
**Fuente:** Elaboración propia

Se halló una relación entre la condición de pobreza del cantón con otras problemáticas sociales, tales como pobreza extrema, desigualdad, drogadicción e

inmigración, aunada a dificultades en el acceso a servicios de agua, educación, salud y vivienda (Gráfico 2).

Otro de los factores consultados a las instituciones, responde a la valoración sobre el comportamiento de migración que ha vivido el cantón de Alajuelita durante los últimos diez años.

**Gráfico 3.** Situaciones relacionadas con el comportamiento de la migración durante los últimos 10 años, según actores institucionales entrevistados. Alajuelita,



Fuente: Elaboración propia

Se encontró que el comportamiento de migración es visto principalmente como una problemática social relacionada con la alta criminalidad, así como con la sobrepoblación (Gráfico 3).

Los actores identifican que el hecho de que existieran espacios disponibles para la construcción de viviendas, así como la ubicación geográfica, han facilitado la migración hacia el cantón de Alajuelita, ocasionando una sobrepoblación.

Por otro lado, el aumento de los procesos migratorios es identificado como un desafío para los sistemas, por ejemplo, los sistemas de salud, educación, vivienda y trabajo. Uno de los principales aspectos que mencionan los actores institucionales (Gráfico 3), es precisamente la incapacidad de las instituciones para dar respuesta al reto que implica la migración y cubrir las necesidades de la población.

Los actores institucionales denotan total desconocimiento en cuanto a la legislación en salud, es decir, políticas, planes, programas y proyectos sobre ambientes saludables y hábitos de vida saludables para abordar la obesidad en el cantón. Los actores a su vez evidencian la salud como un asunto que le concierne de forma exclusiva al Ministerio de Salud, y no como un aspecto que compete a todas las instituciones que directa e indirectamente se encuentran vinculadas y son responsables de la salud de la población, como se puede apreciar en el fragmento presentado a continuación.

*“...o sea no existe a nivel de gobierno local, sí de Ministerio de Salud, yo creo que ellos probablemente tienen su política, ese es otro ámbito no es el de nosotros...”* (Actor social 3, 2018).

Otro aspecto mencionado por parte de los actores es la debilidad en el accionar con respecto a ambientes y hábitos de vida saludables, y la ausencia de un diagnóstico cantonal de necesidades, que permita la creación y aplicación de planes, programas y proyectos acorde con el contexto, como lo expresa otro actor institucional al afirmar que

*“...tenemos un Ministerio de Salud que siempre se ha caracterizado de que tiene entre sus responsabilidades y potestades estimular hábitos alimenticios saludables al igual que la CCSS, pero volvemos a lo mismo todo eso se queda en una normativa...”* (Actor social 5, 2018).

En cuanto al accionar de las instituciones, los actores entrevistados mencionan que

*“...se hacen actividades con la población, pero han caído como en activismo no son como proyectos...”* (Actor social 1, 2018).

*“...el eje de promoción y prevención no es un hilo tan importante en la mayoría de las instituciones...”* (Actor social 5, 2018).

Es decir, los actores institucionales identifican una visión limitada sobre la salud y la promoción de la salud a nivel cantonal.

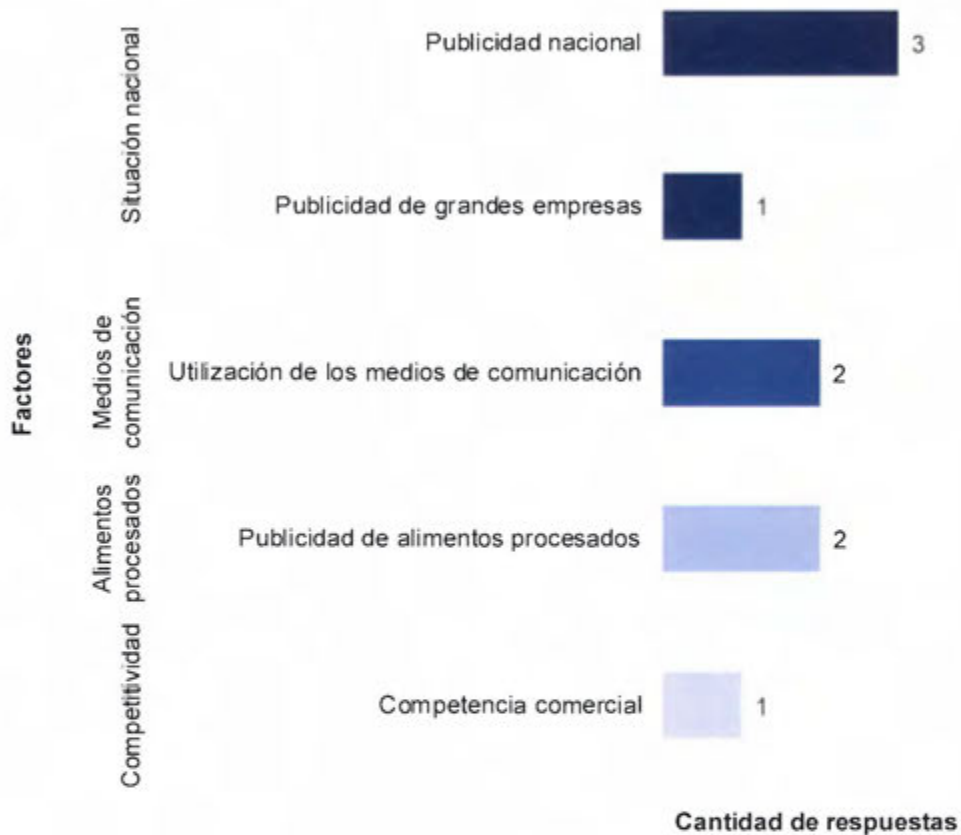
### **3.1.1.2. Factores del entorno alimentario**

La percepción de los actores institucionales de Alajuelita, en cuanto al cambio en la oferta de alimentos procesados en los últimos 10 años, se asocia con el acceso a este tipo de alimentos, principalmente con el acceso económico, evidenciando una relación entre el poder adquisitivo y la calidad de los alimentos seleccionados, tal y como se muestra en el siguiente fragmento

*“...en algunos momentos también ha habido apertura de algunos negocios de batido de licuados, pero ¿cuánto vale un licuado de fruta natural?, está más caro que comprarse una coca cola o una fanta o una gaseosa de cualquier tipo...”* (Actor social 5, 2018).

Al respecto de la oferta de los productos, el incremento de la publicidad en el cantón en los últimos 10 años es señalado como un fenómeno generalizado a nivel nacional; sin embargo, se destaca como un impacto local el aumento que se ha dado de este fenómeno desde los medios de comunicación y el tipo de alimento que se está publicitando (Gráfico 4).

**Gráfico 4.** Causas asociadas al incremento en la publicidad de alimentos procesados durante los últimos diez años, según actores institucionales entrevistados. Alajuelita, 2018.

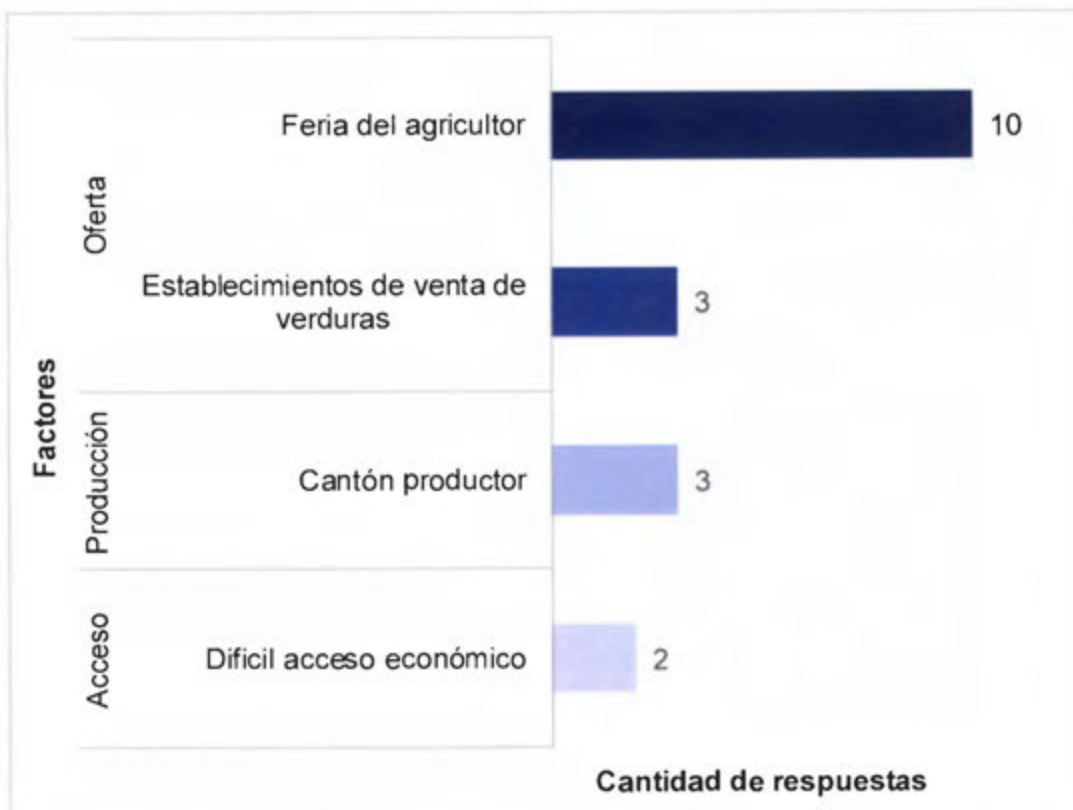


**Fuente:** Elaboración propia

Las frutas y verduras parecen estar disponibles en el cantón de Alajuelita, parece ser accesible, dado que los actores institucionales, destacan el comercio local, principalmente la feria del agricultor, la cual pone a disposición dichos productos.

Sin embargo, se observa un cantón con buena oferta, pero con baja adquisición por parte de las personas debido a difícil acceso económico a estos productos (Gráfico 5).

**Gráfico 5.** Situaciones relacionadas con la disponibilidad de frutas y verduras, según actores institucionales entrevistados. Alajuelita, 2018.



**Fuente:** Elaboración propia

Con respecto al costo de los alimentos en el cantón, los actores institucionales de Alajuelita señalan que éste se relaciona como causa que incide en el alto consumo de alimentos no saludables, dado que dichos alimentos son de menor costo. Así mismo, mencionan que esta situación económica no influye únicamente el acceso de compra en el cantón, es una situación país, como se muestra a continuación,

*"...los niveles de pobreza hacen que la gente mande su dinero a productos más económicos y por tanto envasados que les permite extender un poco la alimentación para sus diferentes miembros..."* (Actor social 5, 2018).

Efectivamente los actores institucionales coinciden en que el consumo de comida rápida ha ido creciendo, lo cual guarda relación con el aumento que

sucede con el comercio local que lo oferta. Si bien, se han creado comercios de comida saludable, los actores institucionales los consideran como insuficientes, con poca variedad en la oferta y de mayor costo que acceder a comida rápida.

Cabe señalar que los actores institucionales asocian el aumento del comercio local, con las actividades económicas que han desarrollado muchas familias para generar fuentes de ingresos.

### **3.1.1.3. Factores del entorno físico**

Se encuentran aquellos determinantes relacionados al gasto energético y la actividad física, específicamente toma en cuenta el uso de vehículos motorizados, la utilización de los espacios para recreación y actividad física, nivel de seguridad y el uso de tecnologías informáticas, aspectos que fueron valorados a través de los actores de las instituciones participantes, dando paso a los siguientes resultados distribuidos por cantón.

En primer lugar, se tienen los resultados obtenidos en el cantón de Alajuelita sobre el aumento en el uso de vehículo particular, donde todos los actores consultados coinciden en que éste ha venido en aumento constante durante los últimos años, y se relaciona con el aumento del nivel de inseguridad que se vive en el cantón.

*“...El aumento de vehículos tiene que ver mucho con el nivel de criminalidad, la gente se siente más segura en su propio carro, que, caminando por las calles, esto afecta la salud porque cada día caminamos menos y hacemos menos ejercicio...”* (Actor social 5, 2018).

Asimismo, se halló la inseguridad como un obstáculo para la práctica de actividades deportivas y recreativas, ya que ésta limita el acceso a espacios públicos

*“...la mayoría de las veces los espacios verdes y los diseñados para la recreación están siendo tomados. No sólo son pocos, sino que los pocos que existe están en manos del hampa y eso restringe mucho las*

*posibilidades de las personas para poder hacer uso de éstas...”* (Actor social 5, 2018).

*“...me da miedo, antes andaba con toda la tranquilidad del mundo, ahora no se puede...”* (Actor social 3, 2018).

Se identifica cómo el nivel de seguridad local ha condicionado y condiciona en la actualidad el uso de espacios verdes para el deporte y recreación; así como el incremento en el uso del vehículo particular condiciona la práctica de actividad física.

Siguiendo con la línea del uso de espacios verdes para el deporte y recreación, los actores, además de resaltar el tema de inseguridad que limita el uso de estos espacios, resaltan la pérdida de éstos a causa de la urbanización y la sobrepoblación.

*“...cada vez hay más casas y comercios, y menos espacios verdes...”*  
(Actor social 3, 2018).

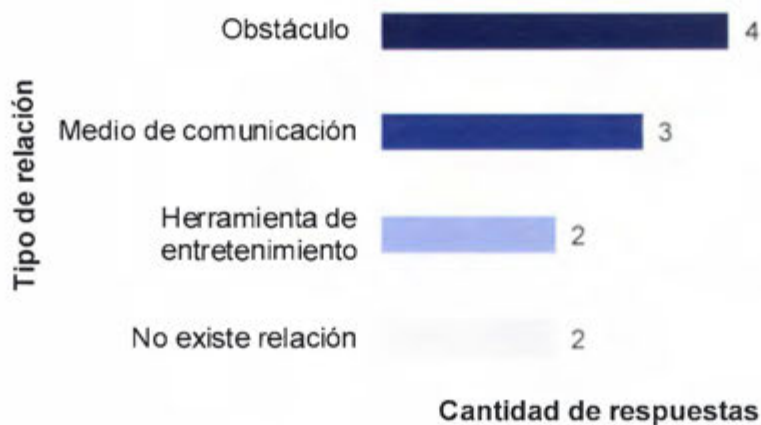
*“...el cantón tiene muy pocos espacios y programas recreativos y deportivos en el cantón. Lamentablemente mucho de la infraestructura comunal destinada o que debería estar siendo destinada para el disfrute de las personas en este momento es limitada...”* (Actor social 2, 2018).

Como último aspecto de los factores del entorno físico, los actores institucionales ven el uso de tecnologías informáticas principalmente como un obstáculo para la recreación y actividad física (Gráfico 6).



**Gráfico 6.** Tipo de relación existente entre el uso de tecnologías informáticas y la recreación o actividad física, según actores institucionales entrevistados.

Alajuelita, 2018.



**Fuente:** Elaboración propia

Los actores institucionales identificaron el uso de tecnologías como un obstáculo para la práctica de actividad física, como se evidencia en el siguiente fragmento

*"...quita tiempo para todo, pero póngase a pensar en ir a caminar o quedarse acostada con el celular, mejor se quedan con el celular..."* (Actor social 1, 2018).

Sin embargo, el uso de tecnologías también es identificado por parte de los actores como un medio de comunicación y una herramienta de entretenimiento ante el limitado acceso a espacios de recreación a causa de la inseguridad, como se muestra a continuación

*"la tecnología primero viene a opacar otras alternativas de recreación. Aparte, estamos en un cantón donde el nivel de criminalidad es muy alto, por tanto, la gente prefiere estar pegada al televisor, a una tablet o a un juego electrónico que salir a un parque"* (Actor social 5, 2018).

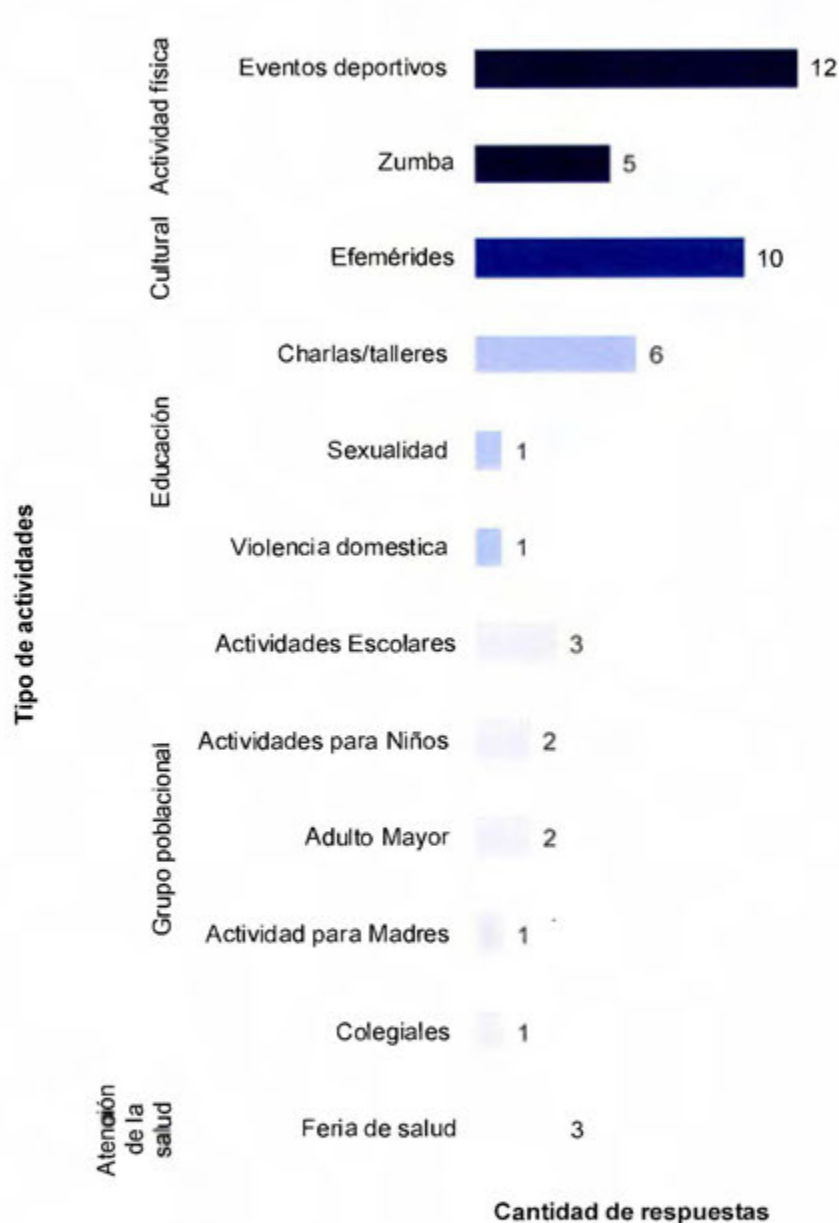
#### **3.1.1.4. Factores del sistema de salud**

La mayoría de los actores institucionales entrevistados afirman no contar con recursos económicos para el apoyo de entornos saludables en el cantón. En algunos casos dependen de los recursos económicos que otra institución disponga para actividades relacionadas con ambientes saludables.

Sin embargo, al hacer un recuento del recurso personal con el que cuentan las instituciones que realizan o pueden realizar acciones orientadas a hábitos saludables en el cantón, se obtiene como resultado una amplia variedad de personal en el ámbito deportivo, así mismo se encuentra personal especializado para abordajes individuales y grupales como trabajo social, psicología y orientación, y oficinas para situación o población específica como la Oficina de la Mujer en la Municipalidad.

De acuerdo con los actores, la participación en acciones comunitarias en el cantón, suelen organizarse por grupos etarios, destacando el potencial que se le ha dado a las actividades que promueven la actividad física y deportiva, celebraciones culturales, educación para el cuidado y el autocuidado. (Gráfico 7).

**Gráfico 7.** Participación de la población en acciones comunitarias, según actores institucionales entrevistados. Alajuelita, 2018.



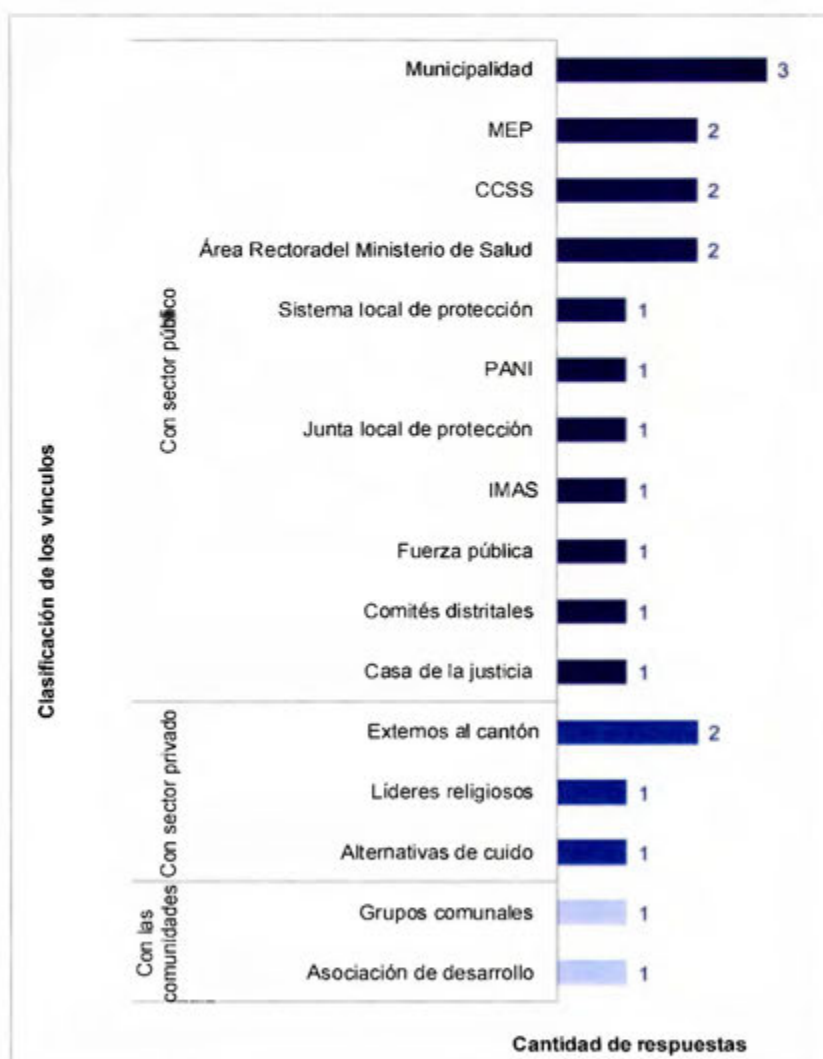
**Fuente:** Elaboración propia

Realizar acciones comunitarias es posible por la presencia de instituciones públicas, privadas y conformadas por la población, que pueden vincularse para desarrollar acciones en el cantón (Gráfico 8).

Así mismo recientemente se activó el Consejo Cantonal de Coordinación Institucional conformado por algunas de las instituciones, para potenciar el trabajo interinstitucional en Alajuelita.

Los actores institucionales del cantón señalan que los resultados obtenidos mediante los vínculos que han establecido entre instituciones han presentado resultados positivos, destacando el compromiso y la comunicación constante.

**Gráfico 8.** Instituciones y grupos comunitarios que pueden vincularse para el desarrollo de acciones cantonales, según actores institucionales entrevistados. Alajuelita, 2018.



Fuente: Elaboración propia

A pesar del esfuerzo por mantener vínculos y llevar a cabo variedad de actividades para la población, al consultar a los actores institucionales sobre los resultados obtenidos de dichas acciones, se identifica la inexistencia de evaluaciones que permitan medir los logros alcanzados e informarlos. Esto sería de gran importancia para mejorar a futuro las actividades que se ofertan.

*“...desconozco los resultados, de números, de tallas de la estadística y todo eso, lo que sí le puedo decir es que a nivel general la población lo vio con muy buenos ojos.” (Actor social 2, 2018).*

Propiamente, en cuanto a las acciones a nivel local para abordar la obesidad, los actores institucionales señalan desconocimiento, dado que únicamente lo poco que se conoce, es porque se difunde por los medios de comunicación a nivel nacional, sin embargo, a nivel local rescatan acciones que pueden influir, a pesar de no ser directamente para abordar la obesidad, como lo son las charlas y talleres y el aporte que brindan diferentes oficinas de cada institución.

### 3.1.2. Escazú

#### 3.1.2.1. Factores del entorno social y político

Como parte de estos factores, se toma en consideración el cambio en el uso del suelo durante los últimos diez años, a partir de lo cual se identifica lo siguiente.

**Gráfico 9.** Factores relacionados al cambio en el uso del suelo durante los últimos diez años, según actores institucionales. Escazú, 2018



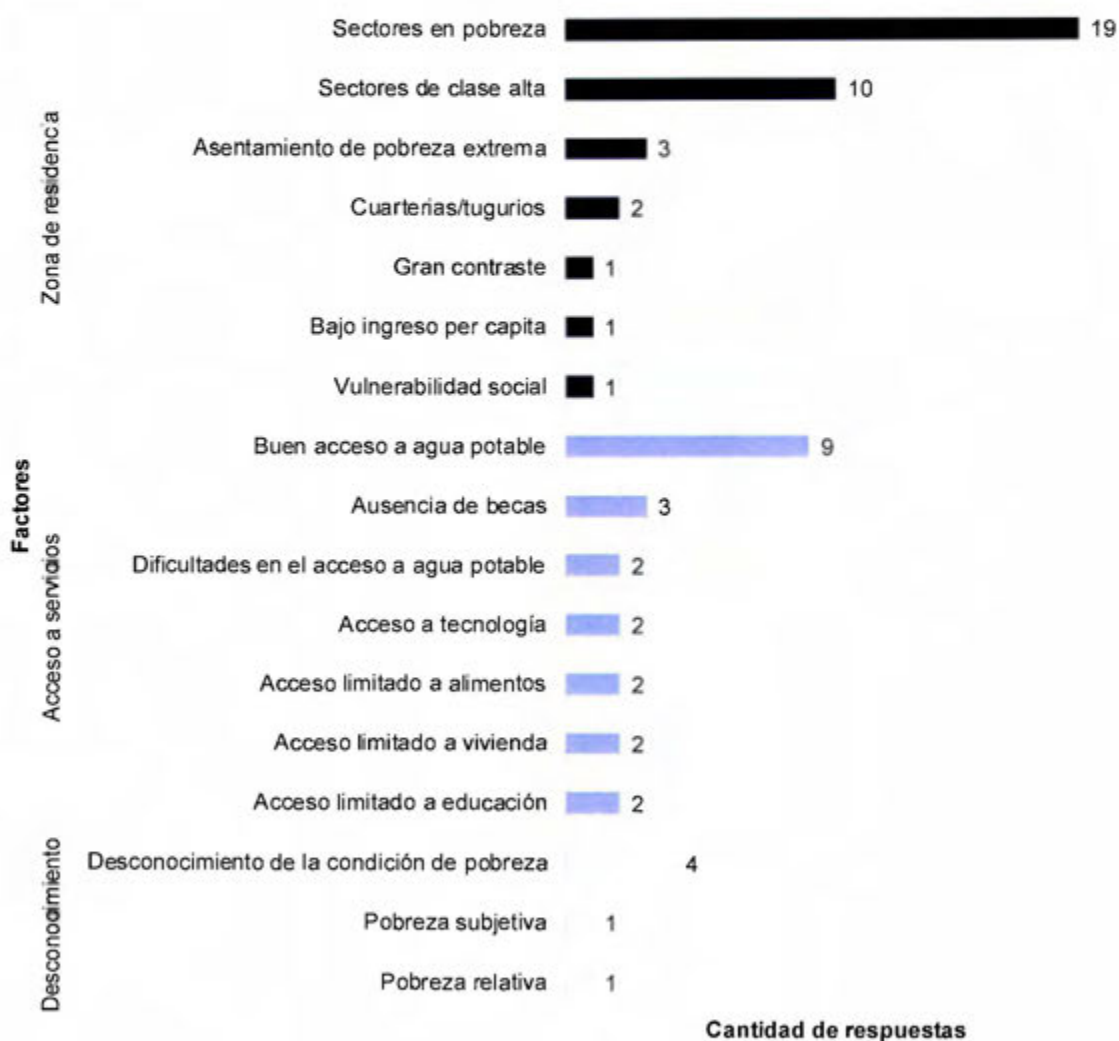
**Fuente:** Elaboración propia

Los resultados obtenidos sobre el cambio en el uso del suelo apuntan hacia un aumento del uso industrial, principalmente debido al desarrollo de la zona industrial-comercial (Gráfico 9), que, acompañado del crecimiento urbano en las zonas montañosas, ha disminuido la cantidad de zonas agrícolas presentes.

Sin embargo, los actores sociales identifican que, en las zonas más alejadas del centro de Escazú, aún prevalece el uso del suelo para fines agrícolas, aunque en menor medida que el uso industrial (Gráfico 9).

Respecto a la condición de pobreza, los actores institucionales identifican ciertas particularidades que reflejan una estratificación social muy marcada (Gráfico 10).

**Gráfico 10.** Factores relacionados con la condición de pobreza durante los últimos diez años, según actores institucionales. Escazú, 2018



**Fuente:** Elaboración propia

Los resultados obtenidos de las entrevistas relacionan la condición de pobreza principalmente con la zona o sector de residencia. Por un lado, se identificó la existencia de sectores en pobreza, pobreza extrema, cuarterías y tugurios, con un acceso limitado a servicios de agua potable, alimentos, educación y vivienda. Sin embargo, en otro extremo se observan sectores de clase alta, donde se ubican centros comerciales, condominios y cadenas industriales, que cuentan con un buen acceso al agua potable y a tecnologías (Gráfico 10).

Asimismo, se identificó el desconocimiento que existe por parte de los actores institucionales sobre la condición de pobreza del cantón, al no manejar datos precisos sobre ésta.

Otro de los elementos considerados como parte del entorno social y político, es el comportamiento migratorio que se ha dado en el cantón durante los últimos diez años.

**Gráfico 11.** Factores relacionados con el comportamiento de migración durante los últimos 10 años, según actores institucionales. Escazú, 2018



**Fuente:** Elaboración propia



Dentro de los aspectos destacados por parte de los actores institucionales acerca del comportamiento de migración en el cantón, sobresale la relación entre la condición de pobreza y la migración, la cual es atribuida en gran medida a migrantes de origen nicaragüense, mismos a los que se les vincula con el trabajo informal tanto a nivel local como nacional, debido a su condición migratoria irregular (Gráfico 11).

Como parte de la legislación en salud existente en el cantón de Escazú y orientada hacia los estilos de vida y ambientes saludables para el abordaje de la obesidad, los actores identificaron la Estrategia Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), la Ley 9028: Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la salud, el reglamento para el funcionamiento y administración del servicio de soda en los centros educativos públicos, el Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud, la Política Cantonal de Deporte y Salud, y las guías alimentarias del ministerio de salud.

Asimismo, identificaron una serie de acciones desarrolladas por parte de las instituciones, dentro del marco de la legislación antes mencionada, como por ejemplo el amplio programa de actividades deportivas y recreativas del comité cantonal de deportes, la implementación del reglamento de comedores y sodas escolares, y el programa “Ponéle a la vida” dirigido hacia población adolescente e implementado por parte de la Red cantonal de actividad física y salud (RECAFIS).

Como último aspecto a resaltar de los resultados obtenidos de los actores institucionales, es el sentir de éstos, de no estar capacitados para abordar temas de salud; específicamente de obesidad con la población.

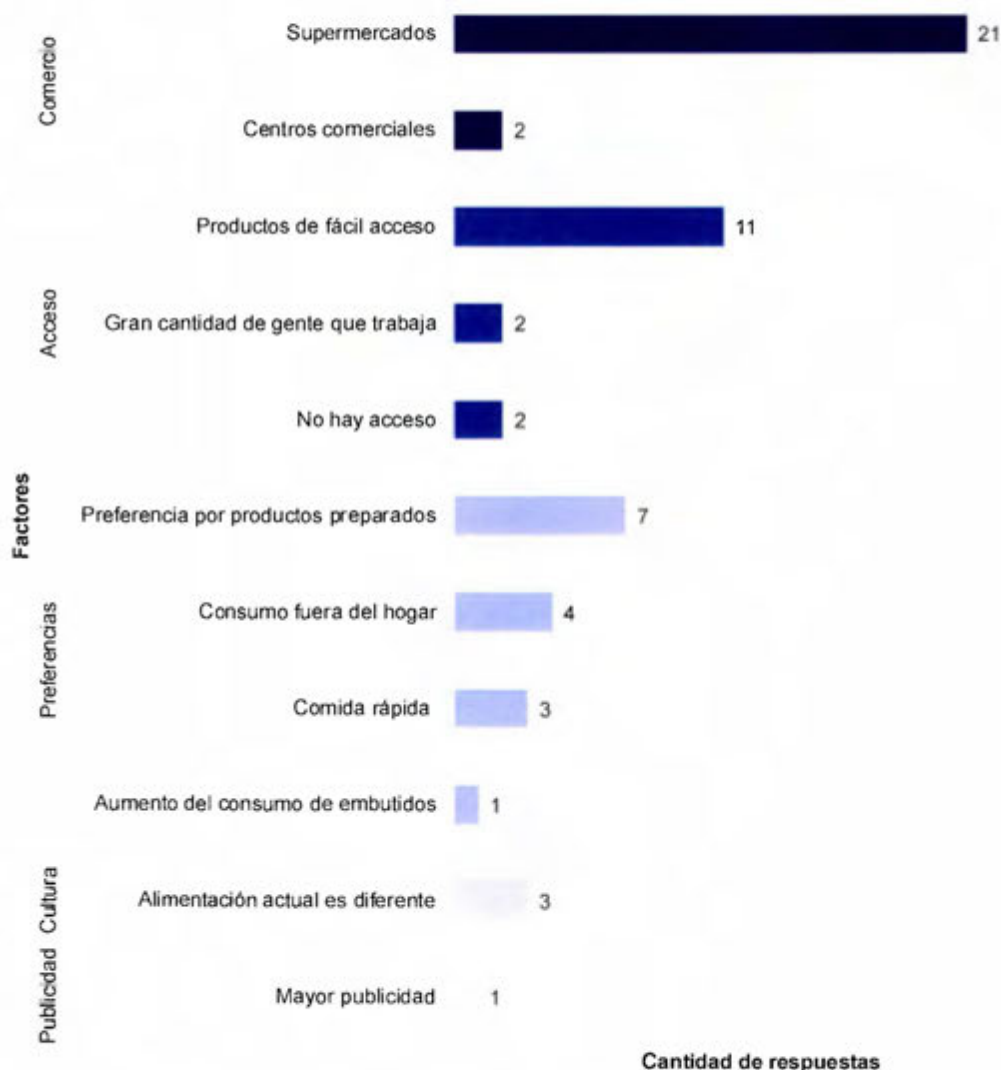
*“...No estamos capacitados, ni habilitados para trabajar obesidad, ni alimentación...”* (Actor social 9, 2018).

A pesar de que los actores conocen en buena medida sobre legislación en salud para abordar la obesidad en el cantón, según lo expresado por los mismos no poseen la capacitación para poner en acción dichas medidas.

### 3.1.2.2. Factores del entorno alimentario

Similar a lo percibido en el cantón de Alajuelita, los actores institucionales de Escazú perciben aumento de la zona comercial del cantón, principalmente de los supermercados, lo cual puede asociarse con el aumento de las facilidades de acceso (Gráfico 12).

**Gráfico 12.** Factores relacionados con el cambio en la oferta de alimentos procesados durante los últimos diez años, según actores institucionales. Escazú 2018.



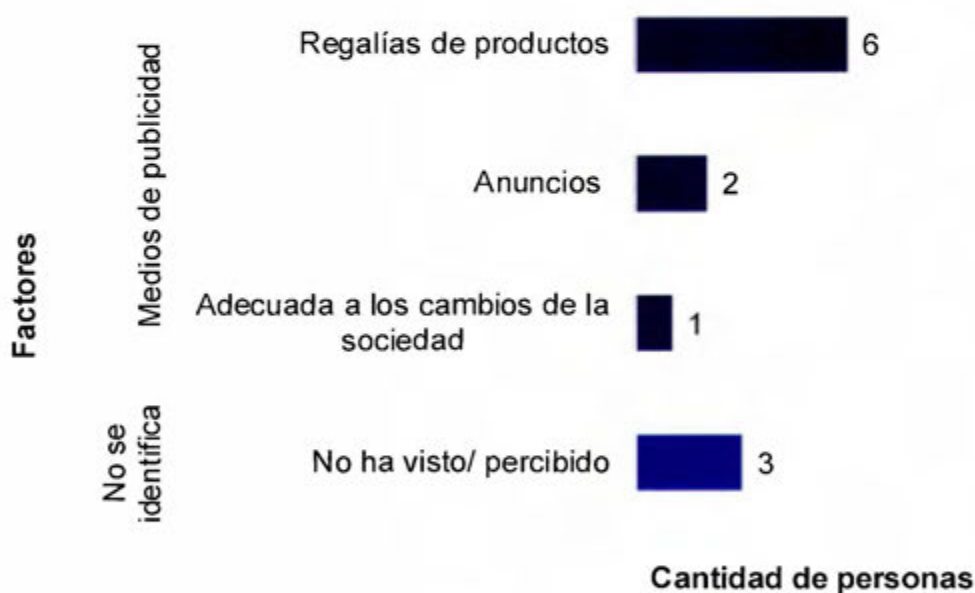
Fuente: Elaboración propia

A diferencia del cantón de Alajuelita, que en los últimos 10 años ha sufrido modificaciones de publicidad similares al acontecer nacional, en el cantón de Escazú, los actores institucionales señalan la publicidad local, destacando la regalía de productos como manera de darse a conocer (Gráfico 13).

*“...en los supermercados sí ha incrementado cuando uno va caminando dan nuevos productos...”* (Actor social 9, 2018).

*“...usted llega al supermercado y le regalan paquetitos de todo...”* (Actor social 10, 2018).

**Gráfico 13.** Factores relacionados con el incremento en la publicidad de alimentos procesados durante los últimos diez años, según actores institucionales. Escazú 2018.

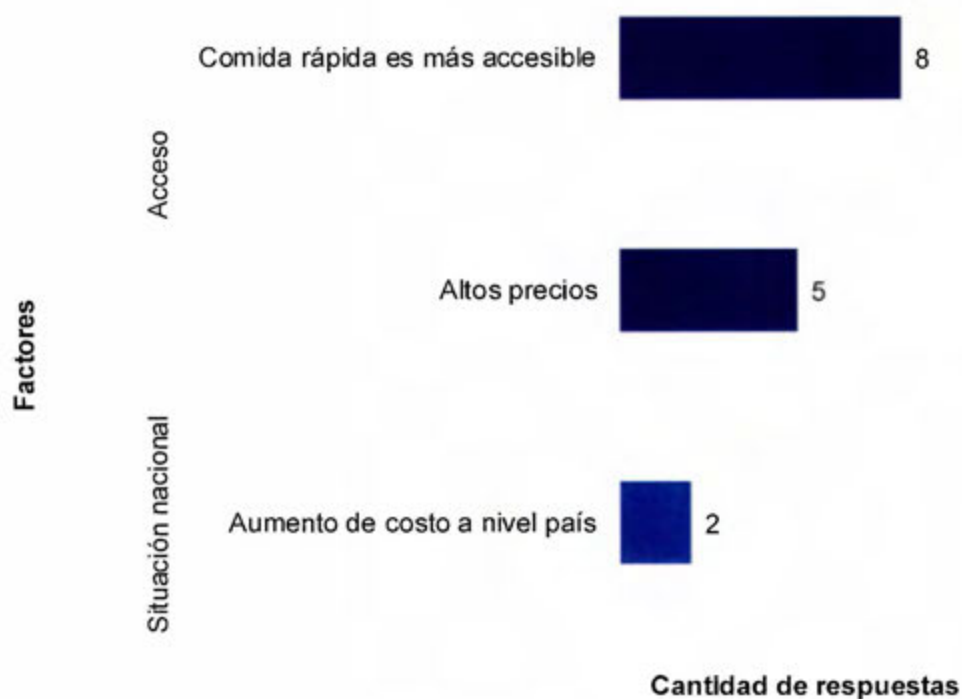


**Fuente:** Elaboración propia

Similar a lo que sucede en el cantón de Alajuelita, la disponibilidad de frutas y verduras en el cantón de Escazú parece ser adecuada; según las entrevistas realizadas a los actores institucionales sobresale el comercio local como lo son las ferias del agricultor, las verdulerías y supermercados.

El costo económico de alimentos saludables es asociado con el acceso (Gráfico 14). Los actores institucionales señalan que existe una preferencia por las comidas rápidas, al ser de menor costo que los alimentos saludables.

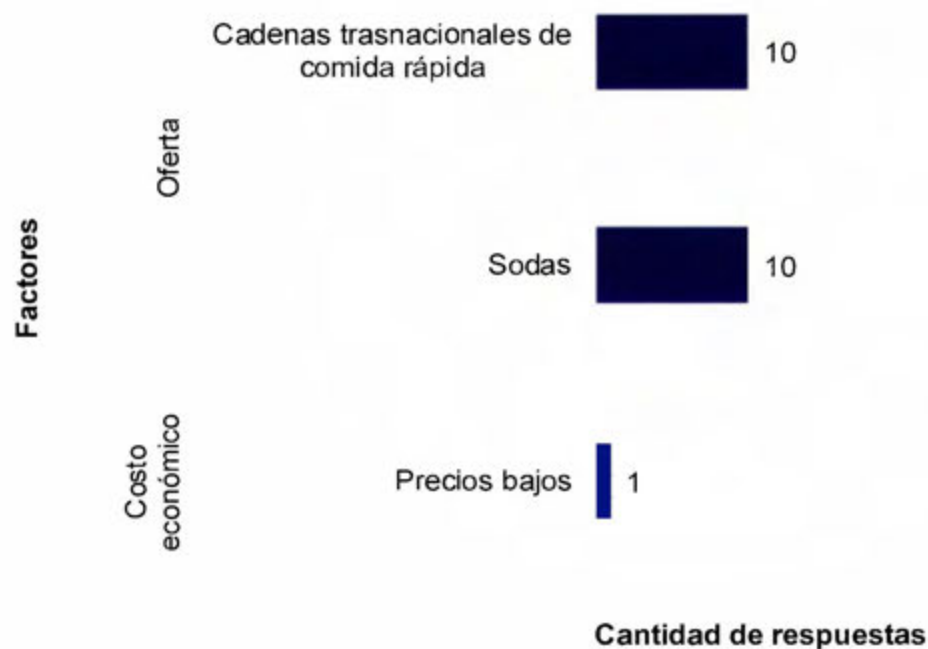
**Gráfico 14.** Factores relacionados con el aumento en el costo de alimentos saludables durante los últimos diez años, según actores institucionales. Escazú 2018.



**Fuente:** Elaboración propia

Los actores institucionales perciben un aumento considerable de cadenas transnacionales de comida rápida, así como de comercio local, como las sodas (gráfico 15).

**Gráfico 15.** Factores relacionados con el aumento en el acceso a comidas rápidas durante los últimos diez años, según actores institucionales. Escazú, 2018.



**Fuente:** Elaboración propia

Se identifica un buen acceso a comida rápida, por la disponibilidad de comercios locales y nacionales que expenden estos alimentos en el cantón, los cuales difieren en precio, mas no en valor nutricional de los alimentos que ofertan. En Escazú la gran cantidad de comercios que oferta estos productos facilitan el acceso a comidas rápidas, tal y como se observa en el siguiente fragmento

*"...hay muchísimas soditas de comidas rápidas, más las grandes cadenas de comercios, que en Escazú obviamente hay montones y en las soditas los precios son muy bajos, entonces es lo que la gente más puede comprar cuando sale..."* (Actor social 8, 2018).

Los cuales además de ser más fáciles de acceder económicamente para las personas, se encuentran en mayor cantidad.

### **3.1.2.3. Factores del entorno físico**

Se tienen los datos obtenidos con respecto a aumento del uso vehicular particular durante los últimos diez años, el cual según los actores sociales responde a un fenómeno a nivel nacional, ya que en todo el país el uso de vehículos ha aumentado, y el reflejo de esto son los congestionamientos en las principales carreteras.

*“...ahorita hay muchísimos carros, demasiadas presas, y que supongo van en aumento por las cantidades de personas que viven en Escazú...”* (Actor social 8, 2018).

*“...usted puede observar en Escazú que en una casa hay hasta 5 carros; mamá, papá y los tres hijos...”* (Actor social 9, 2018).

Los actores institucionales relacionan el aumento de vehículo particular, con la disminución en la práctica de actividad física de las personas.

*“...todo el mundo tiene carro, y prefiere venirse en un carro o Uber, que venirse caminando...”* (Actor social 10, 2018).

Con lo que respecta a la seguridad en el cantón de Escazú, la mayoría de los entrevistados coinciden en que, en el cantón de Escazú, existe una gran flotilla de policías que vigilan constantemente las calles, tanto de fuerza pública, como de la municipalidad, por lo que los mismos valoran la condición de seguridad en el cantón como buena.

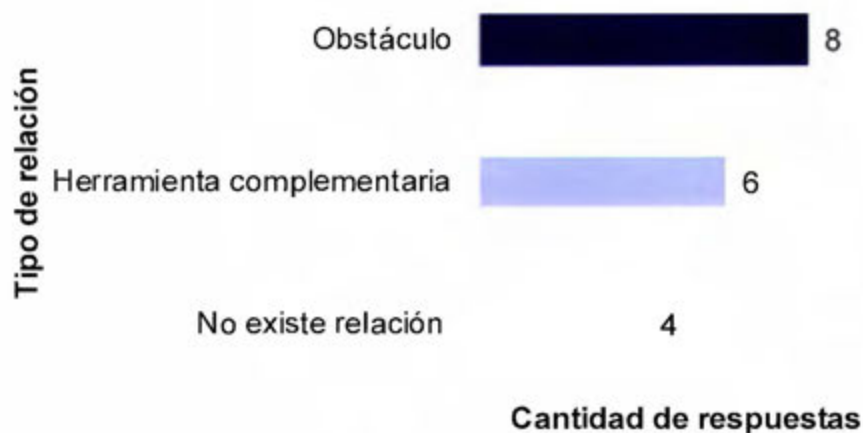
Sin embargo, se destacó que entre más alejadas del centro se encuentren las comunidades, más aumenta el nivel de inseguridad, siendo éstas las identificadas con mayores conflictos sociales, y de menor desarrollo en el cantón.

*“...en el centro es relativamente seguro, el Estadio Municipal es completamente seguro, pero arriba los parquecitos más alejados como en El Carmen hay más inseguridad ciudadana, a pesar de que hay policía municipal, el entorno y la condición socio económica determinan las inseguridades...”* (Actor social 8, 2018).

En la relación con el uso que se da de los espacios verdes para la práctica de actividad física y recreación en el cantón de Escazú, los actores institucionales identificaron las actividades organizadas por el comité cantonal de deportes y recreación (zumba y grupos de ejercicios), actividades para el adulto mayor, actividades culturales (domingos embrujados), canchas de baloncesto y fútbol, así como también, los gimnasios al aire libre o los circuitos bio saludables. Sin embargo, identificaron la inexistencia de espacios suficientes para promover el deporte y la recreación a nivel cantonal.

Finalmente, se presentan los resultados obtenidos con respecto a la relación existente entre el uso de tecnologías informáticas y la práctica de actividad física.

**Gráfico 16.** Tipo de relación existente entre el uso de tecnologías informáticas y la recreación o actividad física, según actores institucionales. Escazú, 2018



**Fuente:** Elaboración propia

Se halló una relación negativa entre el uso de la tecnología y la práctica de actividad física y recreación, ya que, de acuerdo con la mayoría de los actores institucionales el uso de la tecnología se ha convertido en un obstáculo o distractor a la hora de practicar algún deporte (Gráfico 16). Asimismo, esta relación negativa se observa a el siguiente extracto.

*“Vas a ver que hay un montón que están haciendo zumba y unos cuantos, con el teléfono, si afecta mucho, hasta con los niños” (Actor social 9, 2018).*

Por otro lado, algunos actores identificaron el uso de tecnologías como una herramienta complementaria al ejercicio y las prácticas recreativas,

*“No precisamente limita, sino que complementa, por ejemplo, se puede escuchar música mientras se usan maquinitas de ejercicio” (Actor social 8, 2018).*

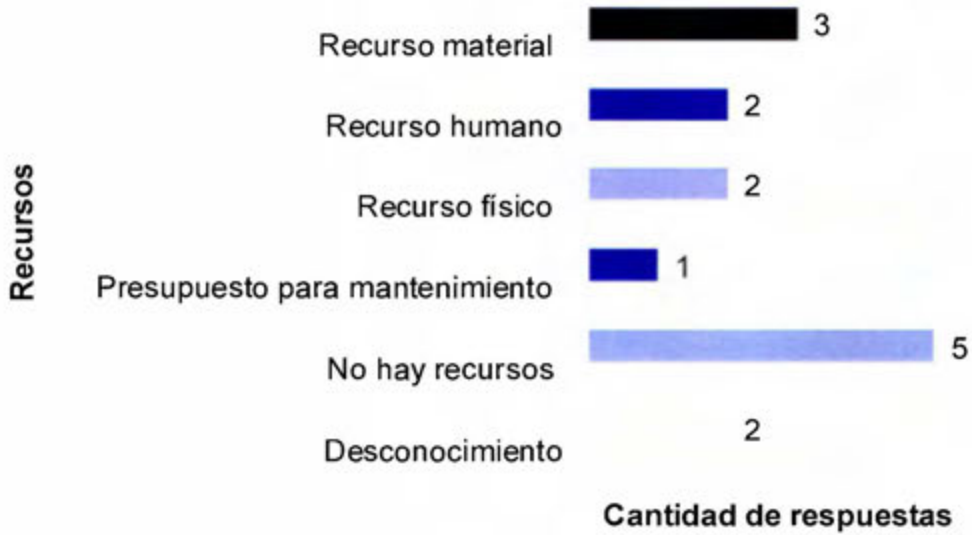
Como se puede apreciar, existe una opinión dividida entre los actores al considerar la tecnología como un obstáculo y otros como una herramienta complementaria.

#### **3.1.2.4. Factores del sistema de salud**

Al consultar por la disposición de recursos para el apoyo de entornos saludables en el cantón, los actores institucionales manifiestan dos perspectivas. En una se muestra una variedad de recursos como el recurso humano, el espacio físico, implementos o materiales y en el caso de la municipalidad, la ventaja de contar con un presupuesto para mantenimiento de espacios. Por otra parte, se muestra un panorama en el que no existen recursos, mostrando así que, dependiendo de la institución, no contar con un recurso económico propio, limita a realizar acciones, dejando de lado los recursos humanos o recursos físicos que se posee (Gráfico 17).



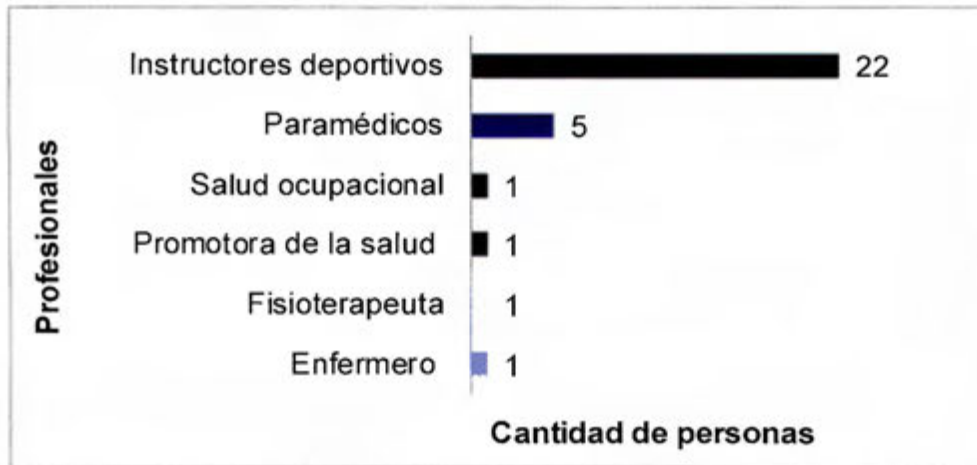
**Gráfico 17.** Recursos disponibles para el apoyo de entornos saludables, según actores institucionales. Escazú 2018.



**Fuente:** Elaboración propia

Los principales recursos institucionales con los que se cuenta en Escazú para realizar acciones orientadas a hábitos saludables son implementos y espacios físicos (Gráfico 17). Las instituciones, además tienen una amplia variedad de personal, particularmente cuentan con gran cantidad de instructores en distintas disciplinas deportivas (Gráfico 18).

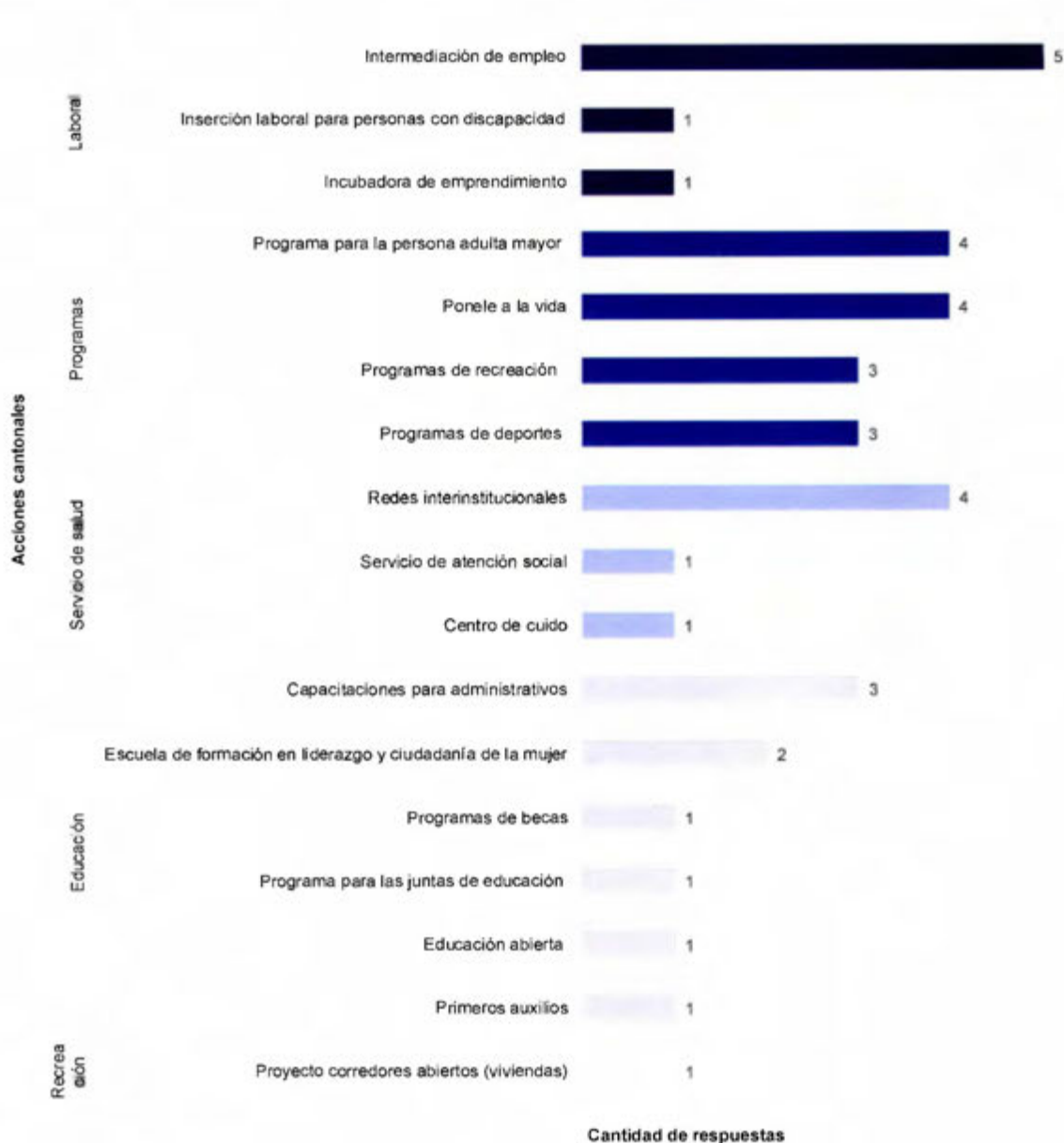
**Gráfico 18.** Personal institucional que realice acciones orientadas a hábitos saludables, según actores institucionales. Escazú, 2018.



**Fuente:** Elaboración propia

En Escazú las acciones comunitarias se pueden orientar en dos grandes enfoques, las que buscan mejorar y fortalecer la salud de la población y las que buscan la formación personal, académica y profesional (gráfico 19). Ambos enfoques se apoyan en gran medida de diferentes programas establecidos, así mismo se encuentran las acciones propias de cada institución.

**Gráfico 19.** Participación de la población en acciones comunitarias, según actores institucionales. Escazú 2018.



**Fuente:** Elaboración propia

La mayor cantidad de vínculos institucionales existente corresponden a vínculos entre instituciones del sector público. Al consultar a los actores institucionales sobre las características de estos vínculos, se presenta una

dualidad. entre vínculos débiles y vínculos fuertes. Sin embargo, los actores mencionan que se encuentran trabajando por mejorar aquellos vínculos que son débiles.

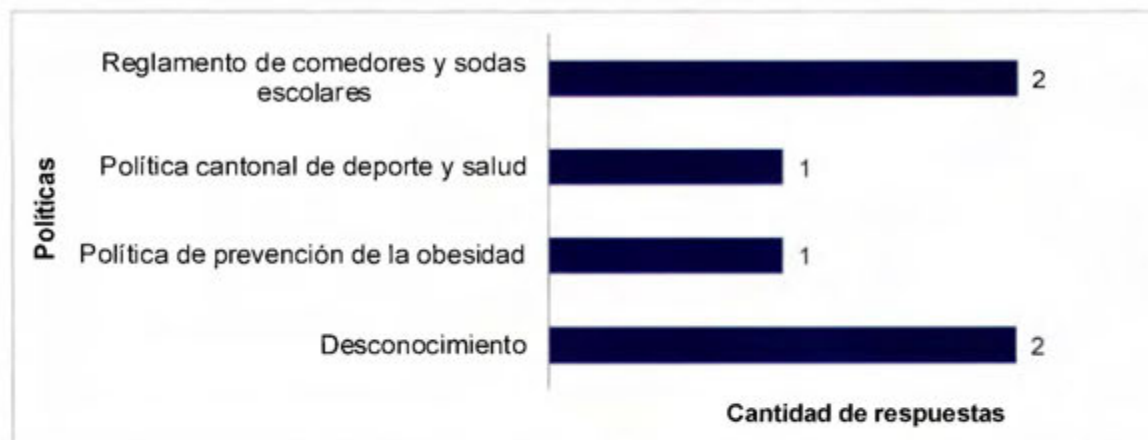
*“...yo diría que están en proceso de potenciar, porque hay algunas que cuestan mucho...porque sí se está intentando. Pero con las redes que existen están en camino de mejorar...”* (Actor social 8, 2018).

En los últimos 5 años, las instituciones de Escazú se han concentrado en realizar acciones en los temas de salud ambiental y en desarrollar distintos programas, entre ellos el programa para personas con obesidad: Reto Escazú, que consiste en trabajar con personas en obesidad y sobrepeso, dándoles un acompañamiento de entrenamiento físico y nutricional. Así mismo, las instituciones han procurado brindar servicios de atención directa como las ferias de salud y las consultas de nutrición y fisioterapia.

Sin embargo, en cuanto a las acciones para abordar la obesidad a nivel local, Escazú presenta una limitada acción, ya que se han concentrado únicamente en actividades deportivas y recreativa para jóvenes y adultos mayores, dejando de lado la educación nutricional.

Al consultar a los actores institucionales sobre la aplicación de evaluaciones a las acciones realizadas, se identifica que en ocasiones aplican evaluaciones por asistencia y verificación del cumplimiento de los lineamientos, es decir, solamente se identifican evaluaciones cuantitativas, dejando de lado la satisfacción de los participantes y la calidad de las actividades.

**Gráfico 20.** Políticas existentes a nivel regional para abordar la obesidad, Escazú 2018.



**Fuente:** Elaboración propia

En cuanto a las políticas existentes, en el cantón de Escazú, a diferencia del cantón de Alajuelita, como se observa en el gráfico, se encuentra un mayor conocimiento de políticas que influyen a nivel regional para abordar la obesidad. Sin embargo, el conocimiento de las políticas que se observan en el gráfico no es generalizado a todos los actores instituciones consultados, a pesar de que existan políticas nacionales para abordar el tema (Gráfico 20).

### 3.2. Determinantes intermedios

Se analizan los determinantes intermedios por medio de seis dimensiones: características sociodemográficas; conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) en alimentación y actividad física; autoestima; higiene del sueño; uso de la tecnología e interacción social.

#### 3.2.1 Características sociodemográficas

Se presentan las principales características sociodemográficas de ambos cantones. En estas se observan diferencias significativas por cantón en las variables de edad, nivel socioeconómico y autoestima. La edad promedio en Alajuelita es de 33,72, mientras que en Escazú es de 36,63.

En cuanto al nivel socioeconómico el mayor porcentaje de la población de Alajuelita se encuentra en bajo nivel socioeconómico (66.1%), mientras que en

Escazú el mayor porcentaje se encuentra en el nivel socioeconómico medio (50.7%).

De acuerdo con los resultados obtenidos en ambos cantones, el mayor porcentaje de las mujeres de Alajuelita presenta un nivel de autoestima baja (55.4%), asimismo en el cantón de Escazú la mayor parte de las mujeres registran un nivel de autoestima bajo (80.6%).

En Alajuelita el mayor porcentaje de mujeres se encuentran en sobrepeso (44.6%) y obesidad (35.4%), mientras que en el cantón de Escazú los mayores porcentajes corresponden a sobrepeso (41.7%) y normo peso (30%).

En el análisis realizado, se identifica que el 90.5% de las mujeres tienen conocimientos insuficientes que sobre alimentación saludable. En cuanto a actividad física, el cantón de Alajuelita presenta mayor porcentaje de población que no practica actividad física (51.5%), mientras que en Escazú ocurre lo contrario, el 63.8% de las mujeres practican actividad física (Cuadro 8).

**Cuadro 7.** Perfil sociodemográfico de las mujeres participantes de la encuesta.  
Alajuelita y Escazú, 2018.

CARACTERÍSTICAS	PORCENTAJE (%)			
	(n=137) Total	(n=69) Escazú	(n=68) Alajuelita	
<b>Perfil Sociodemográfico</b>				
Edad*				
	25 - 29	28,5	21,7	35,2
	30 -34	16,0	14,4	17,6
	35 - 39	24,0	21,7	26,4
	40 - 45	31,4	42,0	20,5
Estado civil				
	Soltera	16,8	15,9	17,6
	Unida/juntada	29,9	31,9	27,9
	Casada	46,0	44,9	47,1
	Otro	7,3	7,2	7,4
Número de partos				
	1	30,7	24,6	36,8
	2	33,6	31,9	35,3
	3	23,4	46,5	19,1
	4	12,4	15,9	8,8
Escolaridad				
	Prima completa o menos	33,6	36,2	30,9
	Secundaria incompleta	29,2	23,2	35,3
	Secundaria completa	18,3	15,9	20,6
	Parauniversitaria/Universitaria	19,0	24,6	13,2
Trabajo según sector		(n=74)	(n=37)	(n=37)
	Formal	19,7	14,5	25,0
	Informal	80,3	85,5	75,0
Nivel socioeconómico***				
	Bajo	46,0	27,5	66,2
	Medio	40,2	50,7	29,4
	Alto	13,9	21,7	5,9
Índice de Masa Corporal Autoreportado		(n=125)	(n=60)	(n=65)
	Bajo peso	4,0	3,3	4,6
	Normopeso	22,4	30,0	15,4
	Sobrepeso	43,2	41,7	44,6
	Obesidad	30,4	25,0	35,4

\* p< 0,05 \*\*\* p<0,001

CARACTERÍSTICAS	PORCENTAJE (%)		
	(n= 137) Total	(n= 69) Escazú	(n= 68) Alajuelita
<b>Alimentación</b>			
Conocimientos sobre alimentación saludable			
Suficientes	9,5	7,3	11,8
Insuficientes	90,5	92,8	88,2
Actitud hacia una alimentación saludable			
Desfavorable	2,2	2,9	1,5
Indiferente	35,0	29,0	41,2
Favorable	62,8	68,1	57,4
Prácticas de alimentación			
Saludable	58,4	62,3	54,4
No saludable	41,6	37,7	45,6
Tiempos de comida por día			
1 a 2	8,0	5,8	10,3
3	35,0	31,9	38,2
4 a 5	50,4	55,1	45,6
6 o más	6,7	7,3	5,9
<b>Actividad física</b>			
Conocimientos sobre actividad física	(n=77)	(n=44)	(n=33)
Suficientes	78,7	75,4	82,1
Insuficientes	21,3	24,6	17,9
Actitud hacia la actividad física			
Desfavorable	7,3	8,7	5,9
Indiferente	38,0	31,9	44,1
Favorable	54,7	59,4	50,0
Práctica de actividad física			
Regular	56,2	63,8	48,5
No regular	43,8	36,2	51,5
Tiempo en minutos de práctica de actividad física por sesión	(n=77)	(n=44)	(n=33)
60	53,3	52,3	54,6
30	36,6	38,6	33,3
15 o menos	10,4	9,1	12,1
Veces por semana que realiza actividad física	(n=136)	(n=69)	(n=67)
1	11,7	15,9	6,1
2 ó 3	33,8	27,3	42,4
Más de 3	54,6	56,8	51,5
Razones por las cuales no se practica actividad física	(n=58)	(n=23)	(n=35)
Falta de tiempo	53,5	65,2	45,2
Falta de interés	36,2	26,1	36,2
Otro	10,3	8,7	8,7

\* p< 0,05 \*\*\* p<0,001



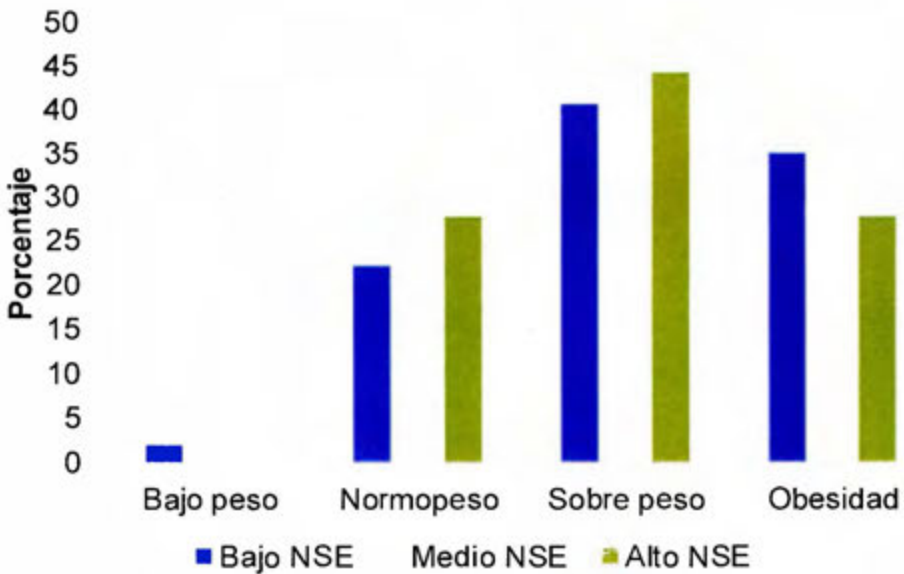
CARACTERÍSTICAS	PORCENTAJE (%)		
	(n= 137) Total	(n= 69) Escazú	(n= 68) Alajuelita
<b>Autoestima</b>			
Nivel de autoestima***	(n= 135)	(n= 68)	(n= 67)
Baja	68,2	55,4	80,6
Media	25,9	32,4	19,4
Alta	5,9	11,8	0,0
<b>Higiene del sueño</b>			
Cantidad de horas de sueño según recomendaciones			
No recomendada	16,8	15,9	17,7
Puede ser recomendada	18,3	14,5	22,1
Recomendada	65,0	69,6	60,3
<b>Uso de tecnología</b>			
Horas diarias de uso de tecnología	(n= 132)	(n= 64)	(n= 68)
< 3	39,4	42,0	34,8
3 a 7	35,7	34,8	36,8
7 o más	24,8	23,2	26,5
<b>Interacción Social</b>			
Participación de actividades comunales	19,0	21,7	16,2
Participación en actividades sociales	80,2	76,8	23,2

\* p< 0,05 \*\*\* p<0,001

**Fuente:** Elaboración propia

La relación de nivel socioeconómico con el índice de masa corporal se muestra en el gráfico 21, en éste se observa que el mayor porcentaje de obesidad se encuentra en el bajo nivel socioeconómico.

**Gráfico 21.** Distribución relativa del estado antropométrico auto reportado de las participantes, según nivel socioeconómico (NSE). Alajuelita y Escazú, 2018.



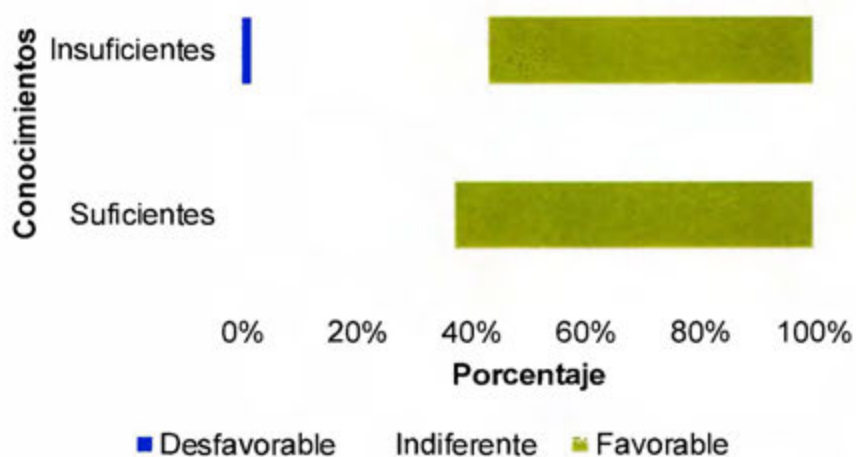
**Fuente:** Elaboración Propia.

### 3.2.2. Alajuelita

#### 3.2.2.1. Conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación saludable

En torno a los conocimientos en alimentación saludable, se identifica que las personas con actitud favorable son las que tienen conocimiento suficiente de alimentación saludable, mientras que las personas con actitud desfavorable presentan conocimientos insuficientes en torno a la alimentación saludable.

**Gráfico 22.** Distribución relativa de conocimientos de alimentación saludable de las participantes, según actitud por la alimentación saludable. Alajuelita, 2018.

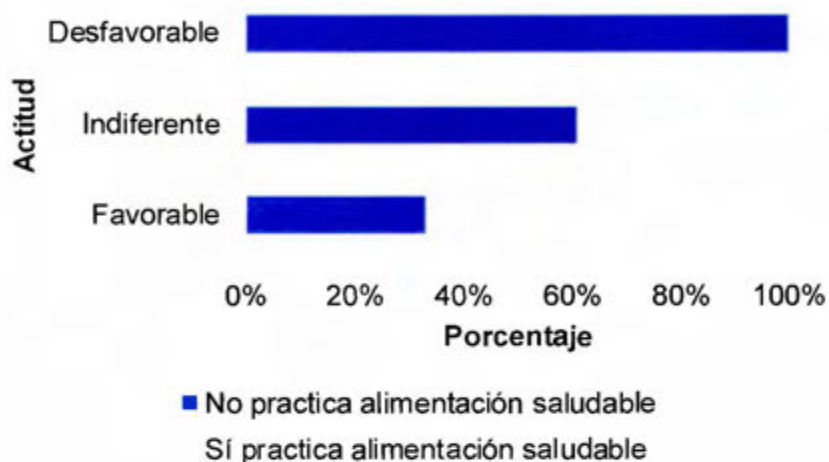


**Fuente:** Elaboración propia.

Las participantes con conocimientos suficientes sobre alimentación saludable presentan un mayor porcentaje (62.5%) de actitud favorable por la misma (Gráfico 22).

La población que presenta una actitud favorable es la que presenta un mayor porcentaje (67%) de práctica de alimentación saludable (Gráfico 23).

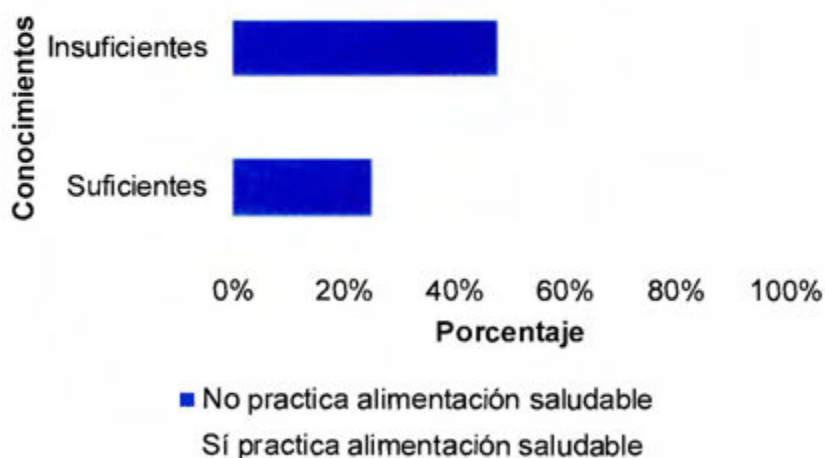
**Gráfico 23.** Distribución relativa de actitud de las participantes hacia la alimentación saludable según sus prácticas. Alajuelita, 2018.



**Fuente:** Elaboración propia.

Se encontró que las mujeres con conocimientos suficientes son quienes tienen mayor porcentaje (75%) de prácticas saludables (Gráfico 24).

**Gráfico 24.** Distribución relativa de conocimientos de alimentación saludable según práctica. Alajuelita, 2018.

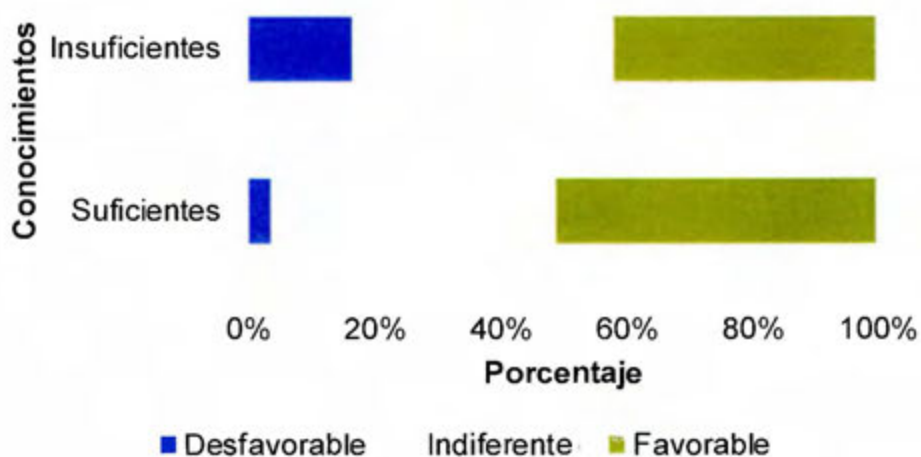


**Fuente:** Elaboración propia.

### 3.2.2.2. Conocimientos, actitudes y prácticas de actividad física

Se evidencia que las mujeres con conocimientos suficientes sobre práctica de actividad física son las que a su vez tienen una actitud favorable hacia la realización de actividad física de manera regular (Gráfico 25).

**Gráfico 25.** Distribución relativa de los conocimientos de actividad física de las participantes, según su actitud hacia la realización de actividad física. Alajuelita, 2018.



**Fuente:** Elaboración propia.

En el gráfico 26 se muestra la relación de actitud con la práctica de actividad física y se observa cómo la población que presenta una actitud más favorable es la que a su vez presenta mayor porcentaje de actividad física.

**Gráfico 26.** Distribución relativa de la actitud de las participantes según sus prácticas de actividad física. Alajuelita, 2018.

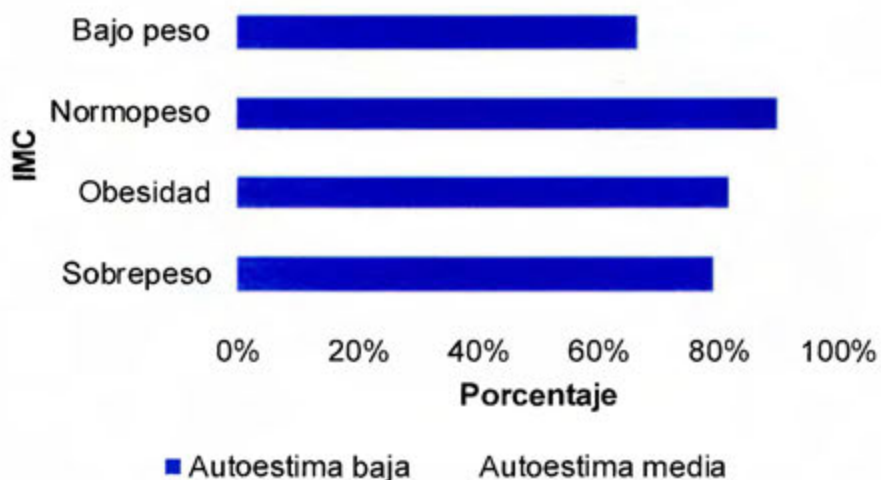


**Fuente:** Elaboración propia.

### 3.2.2.3. Autoestima

En Alajuelita no se encontró población con autoestima alta y la baja autoestima se muestra en mayor medida en las personas con normo peso (90%) y obesidad (81.82%) (Gráfico 27).

**Gráfico 27.** Distribución relativa del nivel de autoestima de las participantes según su estado antropométrico auto reportado. Alajuelita, 2018.

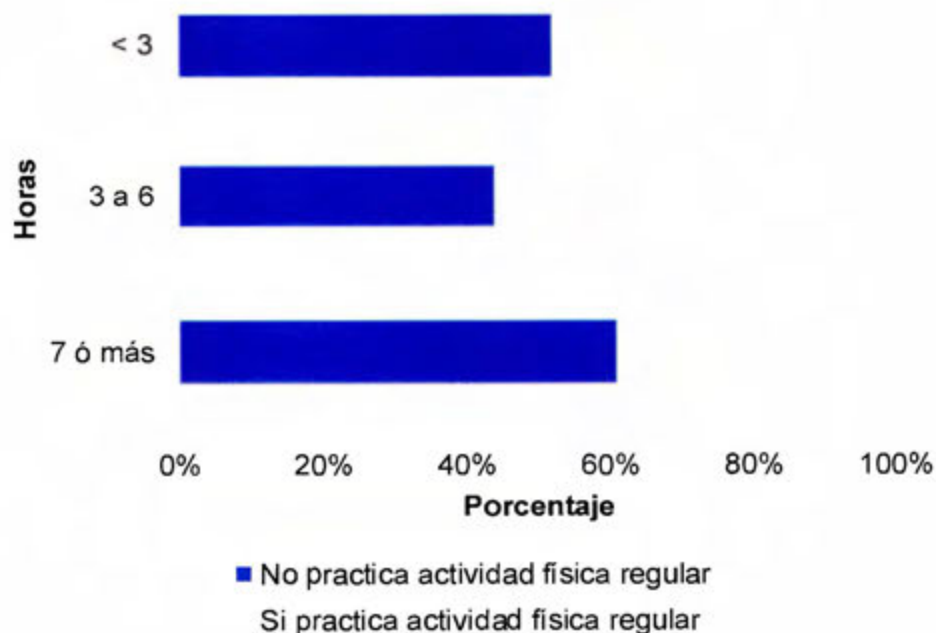


**Fuente:** Elaboración Propia

#### 3.2.2.4. Uso de la tecnología

En cuanto a la relación que existe entre el uso de dispositivos electrónicos y la práctica de actividad física, se evidencia que entre más horas al día se hace uso de dispositivos electrónicos menor es la práctica de actividad física (Gráfico 28).

**Gráfico 28.** Uso de tecnología en los participantes según práctica de actividad física regular. Alajuelita, 2018.



**Fuente:** Elaboración Propia.

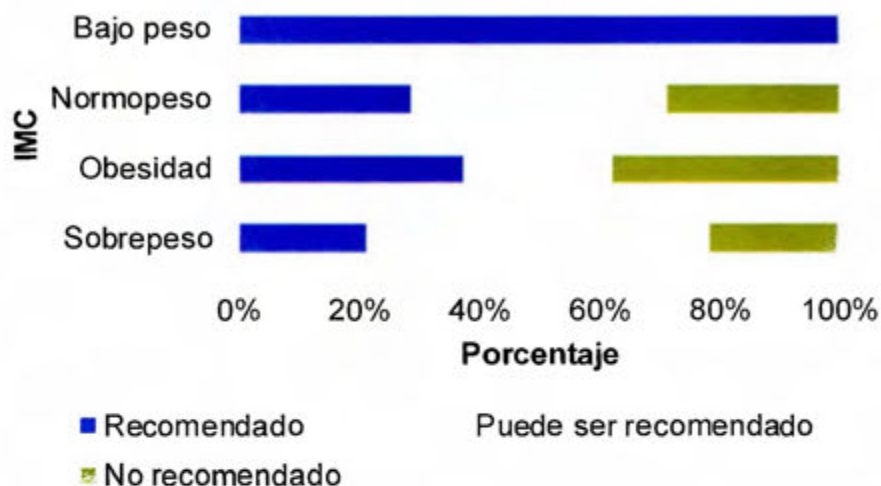
### 3.2.2.5. Higiene del sueño

De acuerdo con la cantidad de horas de sueño recomendadas por National Sleep Foundation para un adulto, en el cantón de Alajuelita el 60.3% de las participantes se encuentran en la clasificación de horas adecuadas de sueño (Cuadro 8).

Por otro lado, se describe la relación entre IMC auto reportado y la cantidad de horas de sueño, las cuales se clasifican de acuerdo con la cantidad de horas de sueño, a partir de esto se logró identificar que solo 26.09% de las participantes que se encontraban con obesidad cumplían con el número de horas recomendadas para un adulto, mientras que, de las mujeres con sobrepeso tan solo un 10.34% duermen las horas adecuadas (Gráfico 29).



**Gráfico 29.** Distribución relativa del estado antropométrico auto reportado por las participantes, según la clasificación de sus horas de sueño. Alajuelita, 2018.

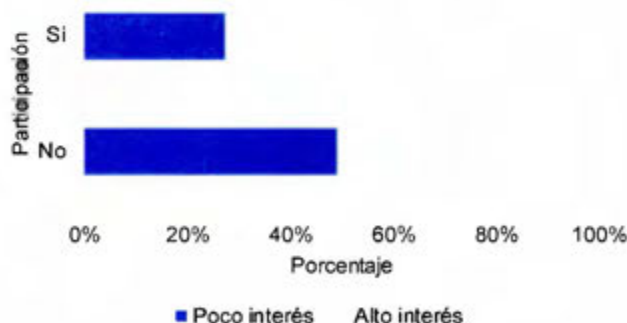


Fuente: Elaboración propia.

### 3.2.2.6. Interacción Social

Las mujeres que actualmente participan en alguna actividad social o comunal son las que tienen mayor disposición o interés en participar en otras actividades comunales o sociales (Gráfico 30).

**Gráfico 30.** Distribución relativa de la participación de las mujeres en actividades comunales según su nivel de interés. Alajuelita, 2018



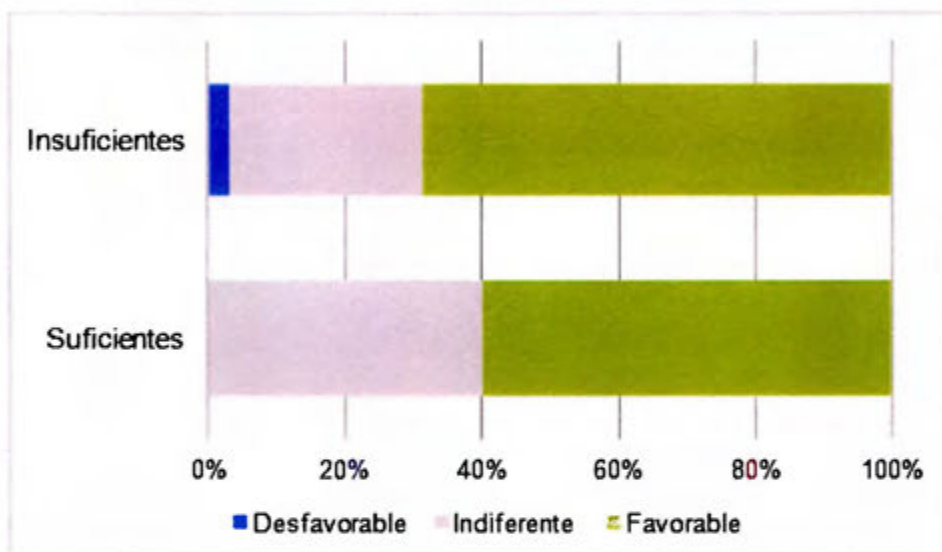
Fuente: Elaboración propia

### 3.2.3. Escazú

#### 3.2.3.1 Conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación saludable

Las personas con conocimientos suficientes no poseen actitudes desfavorables, sin embargo, más del 50 % de las personas, tanto las que se encuentran con conocimientos suficientes como insuficientes, se identifican con actitud favorable, como se evidencia en el gráfico 31.

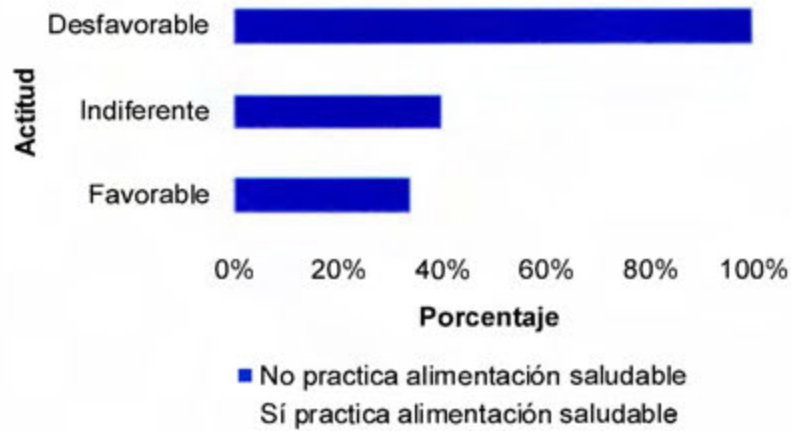
**Gráfico 31.** Distribución relativa de conocimientos de las participantes según su actitud hacia la alimentación saludable. Escazú, 2018.



Fuente: Elaboración propia

Como se aprecia en el gráfico 32, se identificó una actitud desfavorable en la población que no tiene prácticas de alimentación saludables. Por el contrario, las personas identificadas con actitud favorable, presentan un 66 % de prácticas saludables.

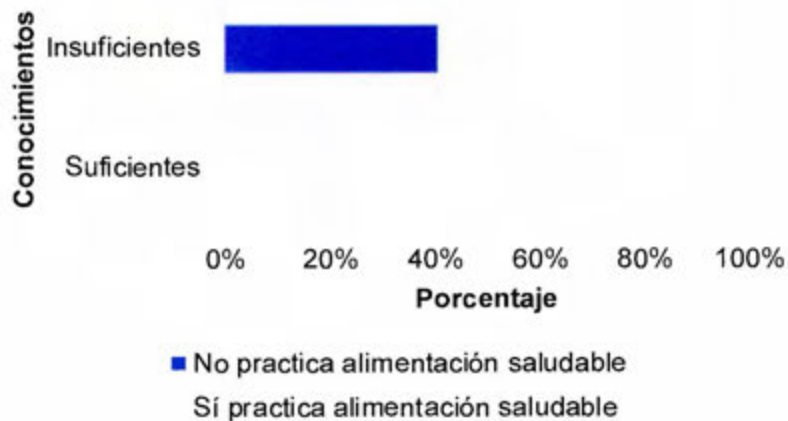
**Gráfico 32.** Distribución relativa de la actitud de las participantes según sus prácticas de alimentación saludable. Escazú, 2018.



**Fuente:** Elaboración propia.

En cuanto a los conocimientos y prácticas, se encontró que las mujeres con conocimientos suficientes son las que realizan en un 100% prácticas de alimentación saludable (gráfico 33).

**Gráfico 33.** Distribución relativa de conocimientos de alimentación saludable según práctica. Escazú, 2018.

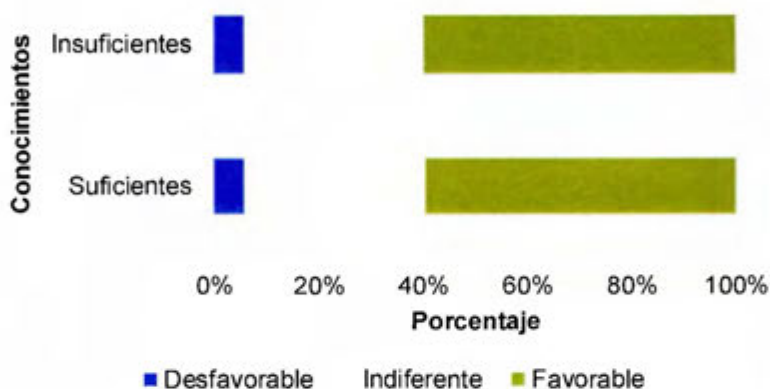


**Fuente:** Elaboración propia.

### 3.2.3.2. Conocimientos, actitudes y prácticas de actividad física regular

Se evidencia una distribución muy similar de actitudes entre las mujeres que tienen conocimientos suficientes e insuficientes.

**Gráfico 34.** Distribución relativa de conocimientos de las participantes según su actitud hacia la realización de actividad física regular. Escazú, 2018.



Fuente: Elaboración propia

El gráfico 35 representa la actitud que tienen las mujeres sobre la práctica de actividad física, en donde un 83% de las personas con actitud favorable afirman practicar actividad física. Así mismo, se identifica en los resultados que un 66% de la población, tiene una actitud favorable y una práctica saludable.

**Gráfico 35.** Distribución relativa de la actitud de las participantes según sus prácticas de actividad física. Escazú, 2018.

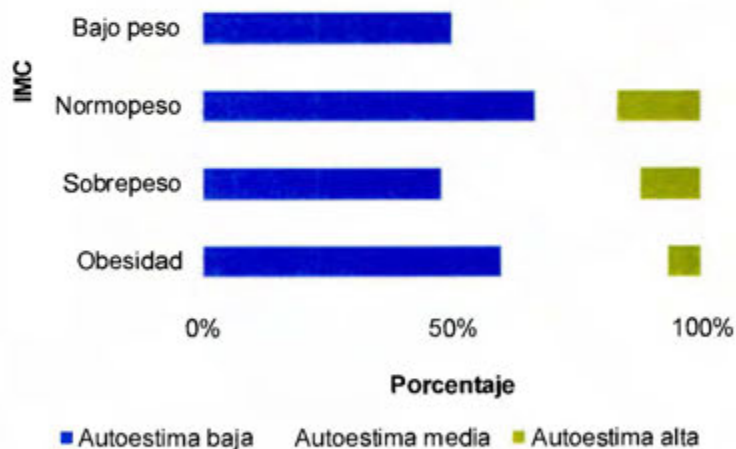


**Fuente:** Elaboración propia

### 3.2.3.3. Autoestima

Como se aprecia en el gráfico 36, las personas con bajo peso no se identifican con autoestima alta, así mismo, la autoestima baja está presente en más de un 40 %, en todas las clasificaciones de IMC.

**Gráfico 36.** Distribución relativa del nivel de autoestima según estado antropométrico auto reportado. Escazú, 2018.

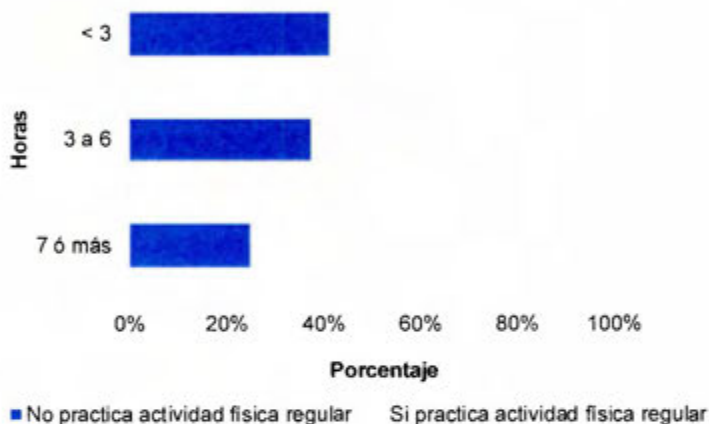


**Fuente:** Elaboración propia

### 3.2.3.4. Uso de la tecnología

Entre más horas al día se hace uso de dispositivos electrónicos, mayor es la práctica de actividad física. Un 75 % de la población que utiliza dispositivos electrónicos durante 7 o más horas al día, afirma realizar actividad física (gráfico 37).

**Gráfico 37.** Uso de la tecnología según práctica de actividad física. Escazú, 2018.



**Fuente:** Elaboración propia

### 3.2.3.5. Higiene del sueño

Se describe la relación de Índice de Masa Corporal con las horas de sueño, las cuales se clasifican a partir de la cantidad de horas recomendadas para un adulto. Se encuentra que a mayor IMC, las mujeres se acercan más a la cantidad de horas recomendadas, sin embargo, en ninguno de los casos se alcanza el 100%.

**Gráfico 38.** Distribución relativa de la clasificación del Índice de Masa Corporal según horas de sueño recomendadas. Escazú, 2018.

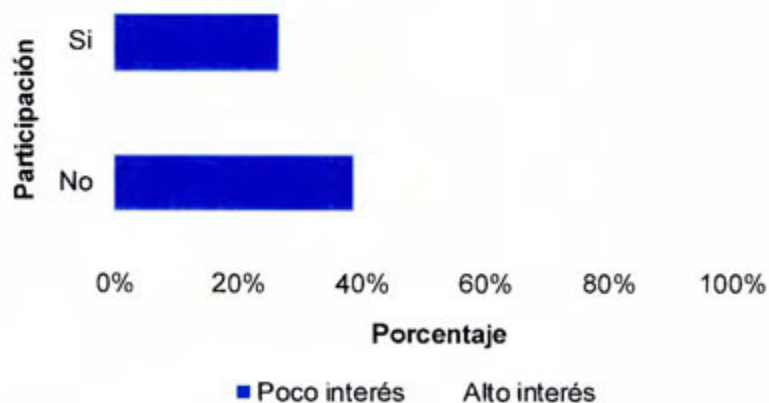


Fuente: Elaboración Propia

### 3.2.3.6. Interacción Social

En el gráfico 39, se muestra la distribución de la población que participa de actividades comunales, respecto con el interés que tienen en continuar o involucrarse en nuevas. Se encuentra que el 60% de las mujeres que actualmente no participan de alguna actividad, afirman tener el interés de hacerlo.

**Gráfico 39.** Distribución de participación de actividades comunales según interés. Escazú, 2018.



Fuente: Elaboración Propia

Al analizar la asociación entre la probabilidad de tener sobrepeso u obesidad y los determinantes intermedios (alimentación, actividad física, autoestima, calidad de sueño, influencia familiar y nivel socioeconómico) se encontró una asociación significativa inversa entre el exceso de peso y la realización de actividad física regular (OR = 0,35; p = 0,03) (Cuadro 8).

**Cuadro 8.** Resultados de un modelo de regresión logística para explicar la probabilidad de sobrepeso y obesidad en función de sus determinantes intermedios. Alajuelita y Escazú, 2018.

<b>Variables</b>	<b>Odds Ratio</b>	<b>p</b>	<b>[95% Interv. conf]</b>
Alimentación saludable	1,10	0,414	[0,87 - 1,4]
Actividad física regular*	0,35	<b>0,029</b>	[0,14 - 0,90]
Autoestima			
Baja	Referencia		
Media	1,90	0,227	[0,67 - 5,42]
Alta	0,58	0,520	[0,11 - 3,07]
Calidad de sueño			
Baja	Referencia		
Media	0,55	0,376	[0,14 - 2,09]
Alta	0,51	0,313	[0,14 - 1,88]
Influencia familiar			
Baja	Referencia		
Media	1,19	0,767	[0,37 - 3,79]
Alta	1,50	0,407	[0,57 - 3,90]
Nivel socioeconómico			
Bajo	Referencia		
Medio	0,77	0,584	[0,29 - 1,99]
Alto	0,77	0,695	[0,21 - 2,84]

**Fuente:** Elaboración propia

A partir de los resultados y tomando en consideración todo el conjunto de determinantes intermedios, la práctica de actividad física de manera regular se asocia con un 65% menos de probabilidad de tener sobrepeso u obesidad.



## **3.2. Elementos y contenidos de la estrategia**

A continuación, se presentan los resultados que responden al tercer objetivo del trabajo de investigación, el cual busca identificar los elementos y contenidos de la estrategia de promoción de la salud, tomando en consideración el entorno comunitario, la participación de madres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú y la participación de actores sociales de los mismos cantones.

### **3.3.1. Alajuelita**

A continuación, se presentan los elementos y contenidos de la estrategia para el cantón de Alajuelita, de acuerdo a los resultados del grupo focal.

#### **3.3.1.1. Intereses de las mujeres**

El primero de los aspectos por conocer para este componente, es lo que motiva a las mujeres a realizar actividad física:

Se encontró que las mujeres tienen una fuerte motivación en realizar actividad física por sus hijos, asimismo comentan que les interesan las actividades en las que puedan involucrar la participación tanto suya como de sus hijos, y le confieren importancia al hecho de estar saludables o buscar estar saludables al realizar actividad física. Consideran también una motivación el hecho de poder relacionarse con otras personas en el momento de las actividades, así como la posibilidad de mejorar su salud mediante actividades de este tipo. Algunas de ellas lo hacen también con el afán de verse y sentirse bien. Algunos ejemplos se muestran a continuación:

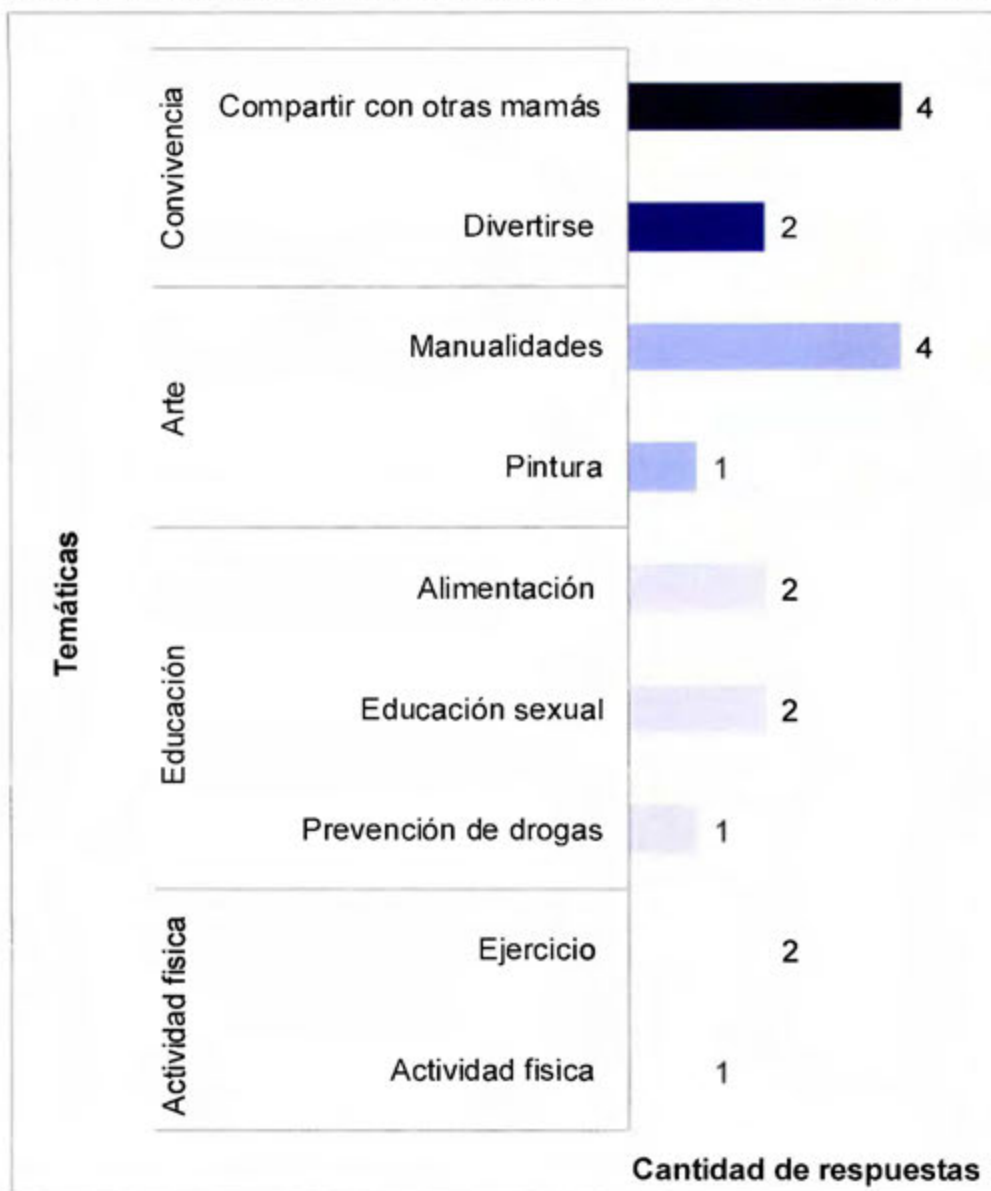
“...Durarle más a mis hijos...” (Participante 1, 2019).

“...A mí es porque me gusta, siempre me ha gustado verme bien. Yo digo, tengo que hacer ejercicio o algo porque no me puedo ver fea. A pesar de que uno tiene hijos siempre intenta verse bien...” (Participante 2, 2019).

En relación con los intereses temáticos las mujeres de Alajuelita tienen un interés por desarrollar actividades artísticas como manualidades y pintura, desarrollar actividades de convivencia, así como conocer sobre temáticas tales

como educación sexual y alimentación. Además están interesadas en poner en práctica la actividad física y el ejercicio.

**Gráfico 40.** Temáticas de preferencia de las mujeres para abordar en una estrategia de promoción de la salud, según grupo focal. Alajuelita, 2019.



**Fuente:** Elaboración propia según grupo focal.

Otro de los aspectos a conocer de las mujeres, es el factor alimentario. Las mujeres de Alajuelita mencionan que les gustaría incluir en su dieta diaria,

alimentos como carnes y vegetales podrían ser incluidos en su dieta, no obstante, mencionan que no incluirían en su dieta alimentos que no sean del agrado de sus hijos, poniendo los gustos de su familia antes que el hecho de buscar una alimentación más saludable o balanceada.

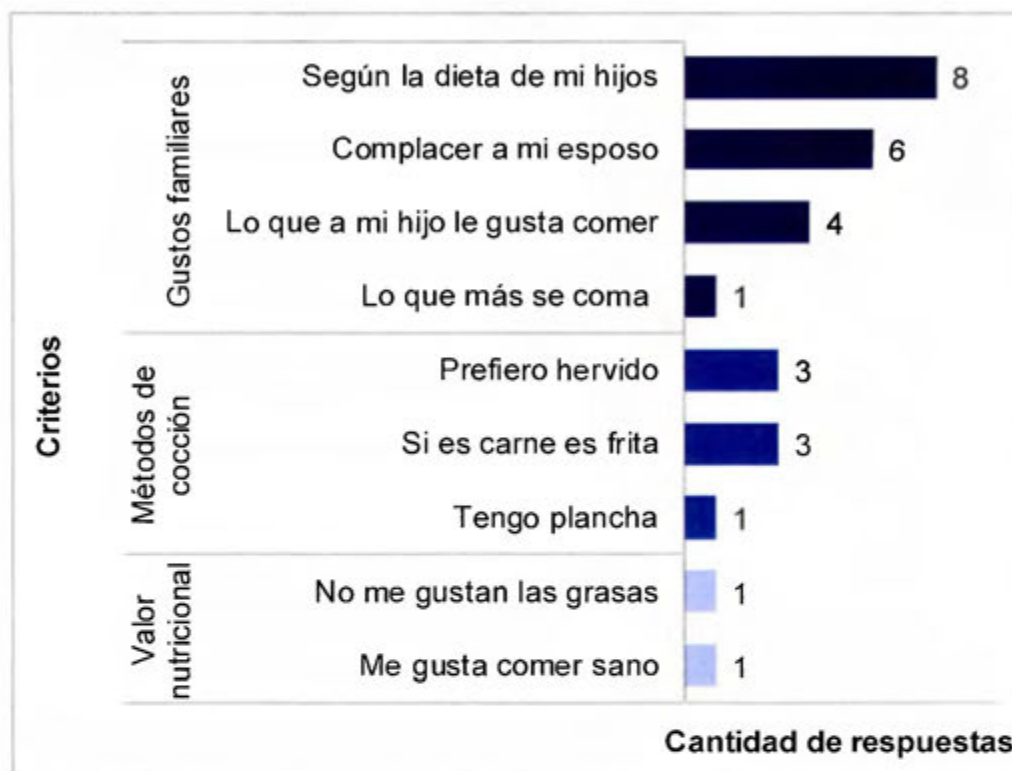
Las participantes mencionan que uno de los criterios de mayor peso al elegir qué comer es la disponibilidad de alimentos en su despensa. Comentan además sobre algunos de los alimentos que más consumen entre los que destacan los carbohidratos, las proteínas más mencionadas son el huevo y el atún. Algunas de las mujeres mencionan que otro de los criterios al elegir los alimentos por preparar, es el gusto de sus familiares. A continuación, se exponen algunas de las expresiones de las participantes que reflejan lo anterior:

*“...En mi casa arroz, frijoles, plátano maduro y huevo o lo que haya...”*  
(Participante 2, 2019).

*“...A mis hijos les gusta mucho los macarrones, entonces casi siempre compraba macarrones, atunes o hacer algo que uno sabe que a ellos les gusta y se lo van a comer...”* (Participante 3, 2019).

En Alajuelita la elección del método de cocción de alimentos se basa en los gustos familiares, principalmente el de los hijos y esposos (gráfico 41). No obstante, algunas de las participantes no dejan de mencionar sobre tipos de cocción más saludables, de lo cual se puede inferir que las madres reconocen la forma más adecuada de preparar alimentos, pero que hay un factor de gusto (principalmente de los hijos) que las lleva a cocinar generalmente mediante métodos de fritura.

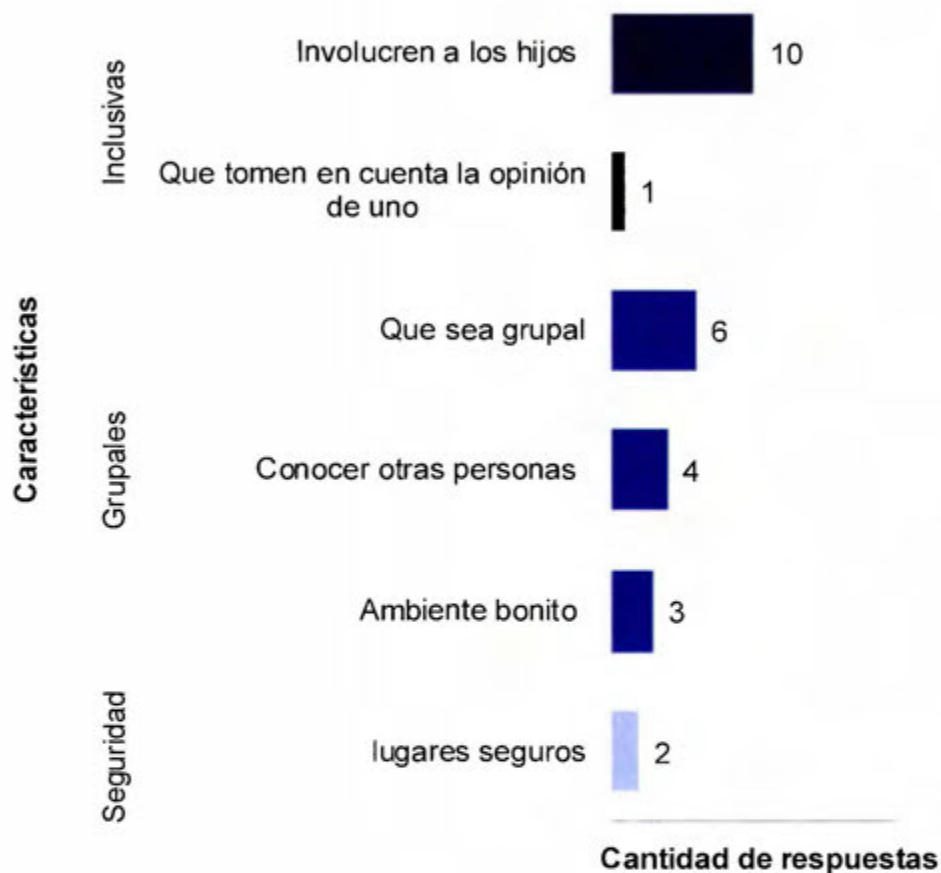
**Gráfico 41.** Criterios utilizados por las mujeres para cocinar los alimentos.  
Alajuelita, 2019.



**Fuente:** Elaboración propia

El último de los intereses identificados, corresponde a las características que deben de considerarse al planificar una actividad comunitaria. Las participantes de Alajuelita consideran que debe caracterizarse por dar espacio a la participación de toda la familia, principalmente a la de sus hijos. Aunado a ello consideran importante que el ambiente en el que se den las actividades sea ameno, que procure la integración de grupos y que, de oportunidad de conocer nuevas personas, sin dejar de lado que se realice en lugares seguros (gráfico 42).

**Gráfico 42.** Características que debe tener una actividad comunitaria para que sea de interés de las mujeres, Alajuelita 2019.



**Fuente:** Elaboración propia

### 3.3.1.2. Escenarios de participación

Entre los primeros de los componentes a estudiar, están los espacios que encuentran apropiados las mujeres de los cantones participantes, para desarrollar actividades relacionadas con la salud.

Según las participantes de Alajuelita, el parque, las canchas deportivas, los salones comunales y las plazas, así como las instalaciones del Estadio Municipal

representan un recurso importante para utilizar. No obstante, muchas de las participantes no identifican cerca de su casa un espacio apropiado, la mayoría externan que deben acercarse al centro para poder encontrar un lugar apropiado. Es importante recalcar que mencionan estos espacios utilizando criterios como seguridad, espacio y cercanía.

Las participantes no reconocen programas o proyectos relacionados con salud. Si bien mencionan algunas actividades independientes que se han desarrollado con anterioridad, como clases de aeróbicos, actividades para la persona mayor, y clases de zumba para mujeres, las mujeres no posicionan estas actividades dentro de un proyecto.

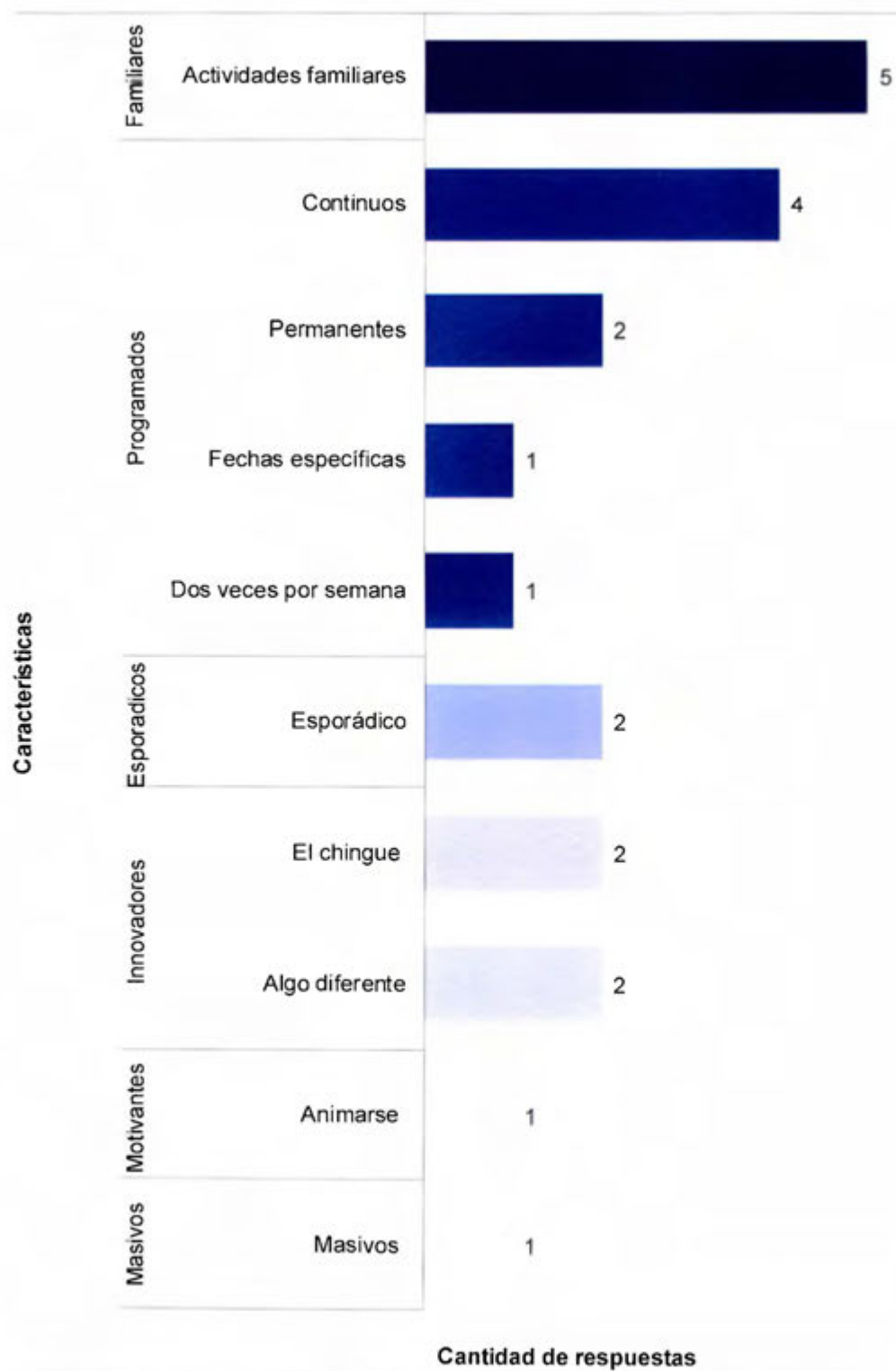
Sobre este, las mujeres manifiestan no haber participado de actividades o talleres que impartieran en alguna institución, más bien hacen mención de algunas actividades físicas que realizan por decisión propia como se muestra a continuación:

*“...Caminar, ese es mi mundo de socializar y conocer gente, me he conformado a ese ambiente y no voy como más allá...”* (Participante 2, 2019).

### **3.3.1.3. Formas de Abordaje de la Estrategia**

Con respecto al tipo de eventos que prefieren las mujeres de Alajuelita se observa una inclinación por los que son programados y tienen una continuidad, así mismo por los que contienen ideas innovadoras y posibilitan la participación de la familia (gráfico 43).

**Gráfico 43.** Tipo de eventos preferidos por las mujeres, Alajuelita 2019.



**Fuente:** Elaboración propia

Las mujeres de Alajuelita, están interesadas en metodologías educativas principalmente por medio de talleres. Pero ellas, en comparación con las mujeres de Escazú, mencionan una cantidad limitada de ideas sobre las cuales basarse para desarrollar de forma más efectiva estos talleres.

Un ejemplo de los comentarios por parte de las mujeres de Alajuelita es el siguiente:

*“...Los talleres que se hacen por grupos, ahí nos enseñan de todo y nos ponen a hacer lo que se vaya a hacer. Ya sea que sea ejercicios o de bordado. Una mezcla entre lo teórico, grupal y práctico...”* (Participante 6, 2019).

Ahora bien, para el presente estudio es también importante conocer las estrategias de convocatorias consideradas por la población beneficiario como las más oportunas. Entre las que destacan el uso de redes sociales y carteles publicitarios. Ellas aseveran que:

*“...Ahora está el teléfono todo lo mandan por WhatsApp o por Facebook. Porque yo noticias no veo...”* (Participante 5, 2019).

Asimismo, se identifican otras opciones como la invitación caracara, carros voceros y avisos de la iglesia, los cuales no deben dejar de ser tomados en cuenta para una mayor captación de población participante de la estrategia.

Relacionado con el punto anterior, las participantes mencionan que algunas de las formas para sentirse involucradas son brindándoles motivación con una constante invitación y animándolas, dando espacio a familiares. Una de las participantes de Alajuelita expresó.

*“...Animarlas, que hagan y uno mismo diciéndole; mira vamos va a estar bonito, se va a hacer esto y esto. Como para que ellas vean y tal vez como uno se anima, ellas también quieran ir. Porque la familia lo ven a uno y ya lo siguen, así son...”* (Participante 3, 2019).



Las mujeres de Alajuelita consideran que el horario en el que puede darse mayor participación es en las tardes, pensando en que las madres que están en los hogares tendrían más tiempo libre, así como las que trabajan estarían volviendo de sus trabajos.

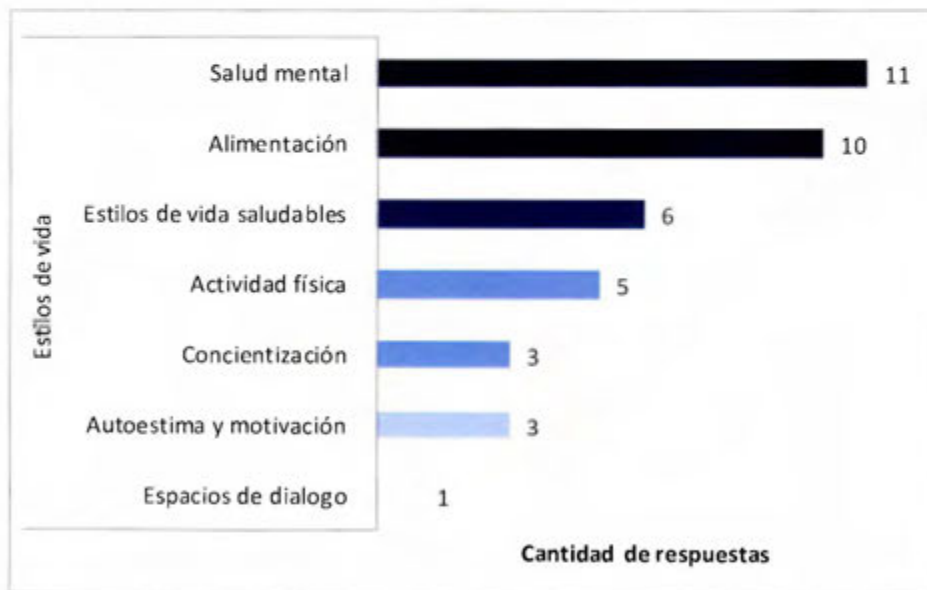
### 3.3.2. Escazú

#### 3.3.2.1. Intereses de las mujeres

Con relación a qué les motiva a realizar actividad física, las participantes de Escazú hacen énfasis en que les motiva su propia salud física y mental, ya que consideran que esto les permite verse bien, les da energía, las ayuda a sacar el estrés y sentirse bien consigo mismas, hacen referencia también a que la práctica de actividad física posibilita la prevención de enfermedades cardiovasculares.

Entre las temáticas que les interesa se encuentran estilos de vida saludable, comprendiendo aspectos como salud mental, alimentación, actividad física, espacios de diálogo, autoestima, motivación y concientización (gráfico 44).

**Gráfico 44.** Temáticas de preferencia de las mujeres para abordar en una estrategia de promoción de la salud. Escazú, 2019.



Fuente: Elaboración propia

Las participantes de Escazú mencionan que entre los alimentos que más les gustaría incluir en su dieta diaria se encuentran las ensaladas, seguidas por un aumento en el consumo de agua, ya que mencionan que alimentos como carne, frutas y vegetales ya están incluidos en su dieta. Las participantes de Escazú consideran que las ensaladas y el agua ya que, aunque tienen acceso a ellos, no tienen la costumbre de ingerirlos.

En el cantón de Escazú, los criterios para seleccionar alimentos se determinan según los gustos familiares principalmente, considerando en este caso las dietas de sus hijos, procurando alimentos que sean de alto valor nutricional, así como evitando los alimentos que no pueden consumir por algún tipo de alergia, como se muestra en la siguiente expresión:

*“...Otro criterio por ejemplo ver el valor nutricional, por ejemplo, el pescado al vapor, hacemos mucho baño maría, para la verdura y el pescado. También hay que tener cuidado porque hay algunos que son alérgicos y no se les puede dar, en ese momento tengo que ver si lo pueden consumir o no mis hijos...”* (Participante 1, 2019).

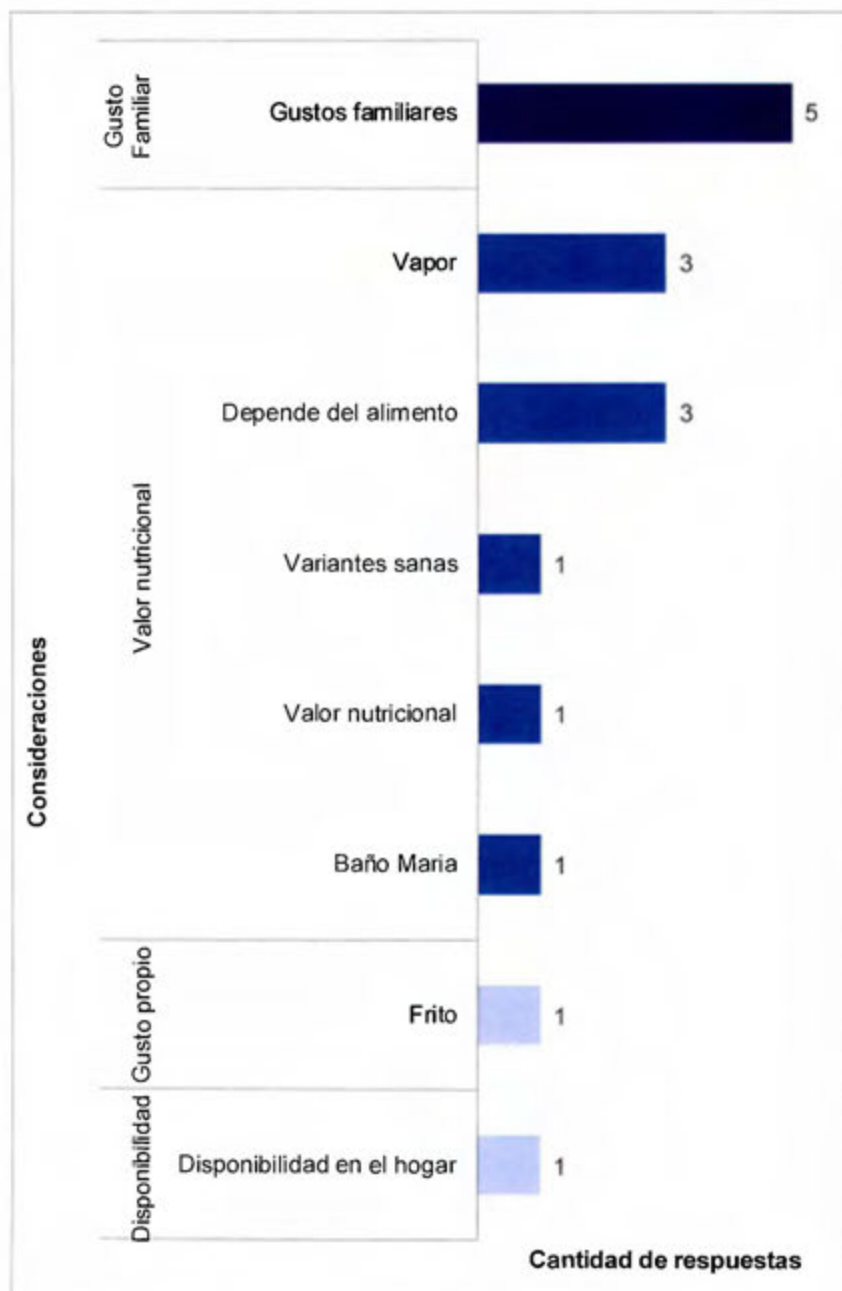
Otro de los componentes se refiere a los criterios de selección de métodos de cocción de alimentos:

Las participantes de Escazú mencionan que al seleccionar los métodos de cocción de alimentos, tiene mayor peso, el valor nutricional que puede conservar el alimento después de su cocción. No obstante, mencionan también que el gusto de sus familiares toma parte importante en la decisión, como un caso particular en que sus familiares les gusta alimentarse de forma saludable, una participante expresa:

*“...El de mis hijas y de mi esposo, a ellos le gusta mucho la comida a la plancha, cocida, les fascinan las ensaladas, a mí no, a mí eso no, pero por darle gusto a ellos”* (Participante 6, 2019).

Como se aprecia en el gráfico 45, el gusto familiar y el valor nutricional, sobresale de los propios gustos de las mujeres e incluso de los alimentos que dispongan en el momento.

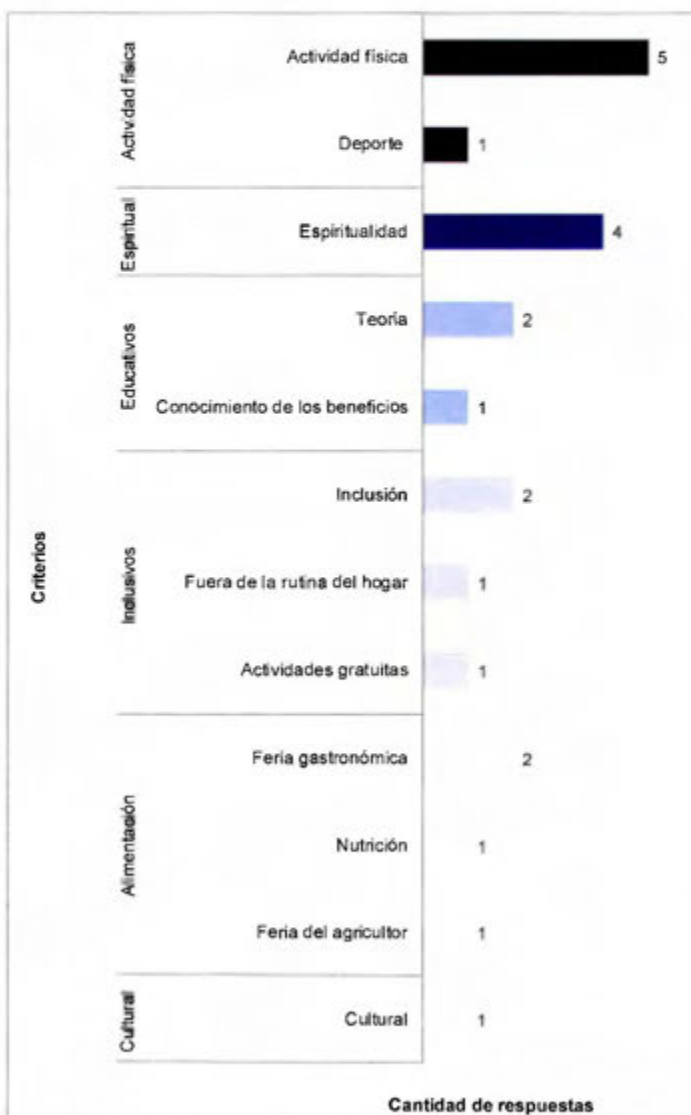
**Gráfico 45.** Criterios de selección de métodos de cocción utilizados por las mujeres, Escazú 2019.



Fuente: Elaboración propia

Las participantes de Escazú proponen actividades con un enfoque dirigido hacia la mujer, donde se aborden temas desde lo espiritual hasta actividad física, además se observa un interés por el desarrollo de nuevos conocimientos en todas las temáticas relacionadas a la salud, aunado a la importancia que le reconocen a hacer sentir a todas las mujeres del cantón involucradas en actividades de este tipo (gráfico 46).

**Gráfico 46.** Características que debe tener una actividad comunitaria para que sea de interés de las mujeres, Escazú 2019.



**Fuente:** Elaboración propia

### **3.3.2.2. Escenarios de participación**

De acuerdo con las consideraciones de las mujeres de Escazú, las plazas, parques, salones comunales, áreas verdes, espacios de centros educativos o iglesias, y plazas o espacios dentro de los centros comerciales son espacios idóneos para el desarrollo de actividades ya que las personas los frecuentan a diario y creen posible una mayor participación.

A continuación, el componente a tratar se encamina a la identificación de programas o proyectos. Las participantes de este cantón no reconocen proyectos o programas relacionados con salud que hayan sido desarrollados en su cantón. Más bien mencionan algunas actividades independientes que se han desarrollado con anterioridad, tales como ferias de salud, clases de aeróbicos, natación para jóvenes, actividades para la persona mayor, y clases de zumba para mujeres.

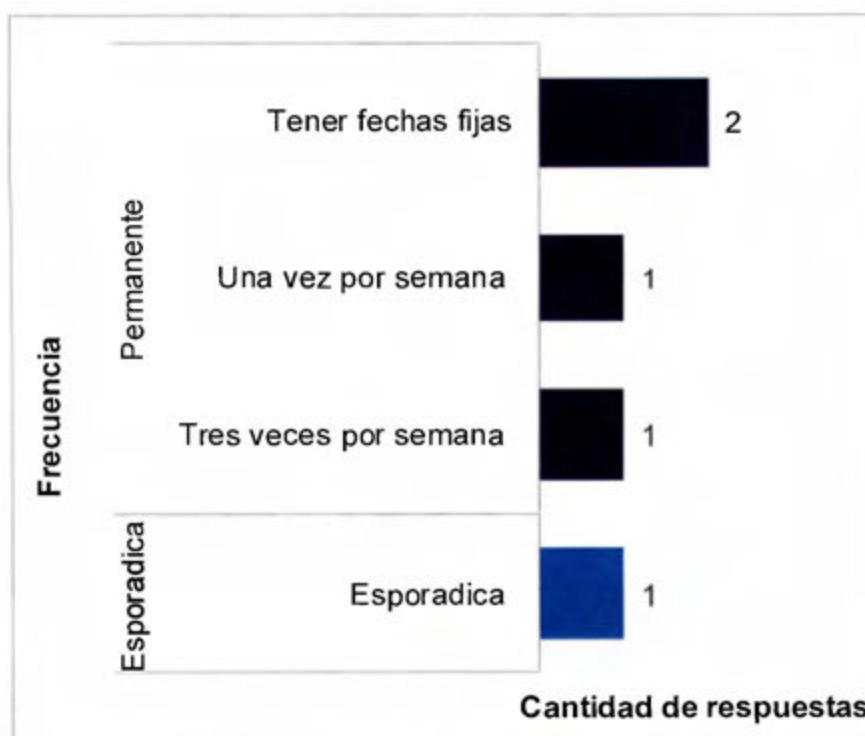
Relacionado al punto anterior, es conveniente conocer sobre la participación de las mujeres en programas y/o proyectos realizados en sus comunidades.

Las mujeres de Escazú mencionan que han sido partícipes de actividades como clases de zumba, y aquafit en sus comunidades. Mencionan por otro lado, sobre uno de los proyectos de la municipalidad que aborda la obesidad, y que desarrolla ciertas actividades importantes para que las mujeres se informen y adopten mejores prácticas en salud. No obstante, dentro del grupo focal, no se encontraba ninguna mujer que hubiera participado de dicho proyecto.

### **2.4.2.3. Formas de abordaje para la Estrategia**

Para una estrategia de promoción de la salud las mujeres de Escazú se inclinan por la inclusión de actividades que sean previamente programadas (gráfico 47).

**Gráfico 47.** Tipo de eventos preferidos por las mujeres. Escazú, 2019.



**Fuente:** Elaboración propia

Las participantes de Escazú, destacan que les interesan las metodologías educativas y además informativas. Ellas mencionan medios como talleres, ferias de salud, educación para la salud y métodos inclusivos que hagan sentir parte a todas las participantes y posibles beneficiarias. Mencionan además la importancia que tiene el trato individualizado cuando son parte de un grupo.

*"...A mí me llaman la atención los talleres con personas profesionales que le puedan ayudar a las personas que sepan qué peso están, qué hábitos pueden cambiar si quiere bajar de peso, estar mejor; que de alguna forma llegue a la persona de forma privada. Si uno pudiera llegar y decirles: ¿usted cuántas proteínas consumió?, ¿cuánta grasa?, ¿qué carbohidratos?, enseñar a contar las calorías..."* (Participante 1, 2019).

Entre las *estrategias de convocatoria* consideradas por la población beneficiaria como las más oportunas. Ellas aseveran que destacan el uso de redes sociales y carteles publicitarios.

*"...Ahora todo es tecnológico, por face..."*. (Participante 4, 2019).

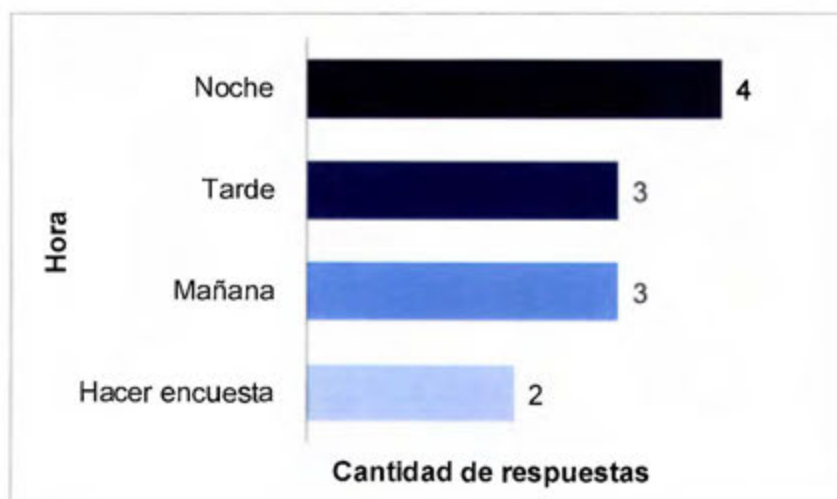
Asimismo, se identifican otras opciones como la invitación caracara, carros voceros y avisos de la iglesia, para una mayor captación de población participante de la estrategia.

Entre las formas de sentirse involucradas, las participantes de Escazú mencionan la invitación y motivación constante, y agregan la importancia de desarrollar las actividades en horarios flexibles:

*"...Invitándolas uno, haciendo una pelota, que sea accesible, la gente a veces busca la comodidad, horarios accesibles..."* (Participante 1, 2019).

Para las mujeres de Escazú, los horarios más oportunos son en las noches (gráfico 48).

**Gráfico 48.**Horarios de preferencia de las mujeres para participar en la estrategia de promoción de la salud. Escazú, 2019.



Fuente: Elaboración propia.

## CAPÍTULO IV

### DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se discuten los resultados obtenidos por cada uno de los objetivos planteados, y sus respectivas categorías o variables de análisis; a fin de lograr el diseño de la estrategia en Promoción de la Salud, para un abordaje integral de la obesidad en los cantones de Alajuelita y Escazú.

#### **4.1. Determinantes estructurales**

Se presenta la discusión de los resultados obtenidos de los determinantes estructurales de la población por cantón.

##### **4.1.1. Alajuelita**

###### ***4.1.1.1. Factores del entorno social y político***

Como parte de los factores del entorno social y político, cabe mencionar el cambio en el uso del suelo que se ha dado en el cantón de Alajuelita, destacando el aumento en el uso residencial atribuido en gran medida por los actores, a la mala planificación territorial existente en el cantón, esto como consecuencia del acelerado crecimiento poblacional y la densidad de población, la cual según el INEC (2015) es de 3966.1 habitantes por km<sup>2</sup>, ocupando este cantón el quinto lugar a nivel nacional de los cantones más densamente poblados. El accionar institucional, en la débil planificación territorial ha contribuido al hacinamiento y a la sobrepoblación; especialmente en los distritos de Concepción y Alajuelita, generando a su vez un acceso muy limitado a recursos y servicios institucionales ofrecidos a la población.

Según el Plan GAM 2013-2030, este cantón se ubica dentro del polígono de cantones de San José que requieren de una atención específica. Se trata del polígono Alajuelita-Desamparados-Aserrí, el cual presenta dos condiciones particulares: primero, la tasa proyectada más alta de crecimiento poblacional y segundo, los porcentajes más altos de déficit de vivienda. Esta tendencia se explica al ser cantones con territorio urbanizable agotado o muy limitado, o que



han recibido importante presión de inmigración (Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos, 2014).

Históricamente Alajuelita ha sido un cantón marcado por los procesos de migración. De acuerdo con el Censo 2011, solo el 50.9% de su población nació en ese cantón, el 36,1% de sus habitantes nacieron en otro cantón de Costa Rica y un 12.9% de ellos nacieron fuera del país. Cabe destacar que, dentro del componente inmigratorio, las personas provenientes de Nicaragua continúan siendo mayoritarias, siendo estas un 90%, del total de migrantes extranjeros que residen en Alajuelita.

De acuerdo con los actores institucionales, tanto la sobrepoblación como los procesos migratorios del cantón han influido en la condición de pobreza y en el acceso a recursos y servicios institucionales ofrecidos a la población. En el 2014, Alajuelita se ubicaba cerca del extremo inferior del ranking de IDH de cantones de Costa Rica. Es decir, en un rango de 0 a 1.0 donde 1.0 indica las mejores condiciones de desarrollo, este cantón se ubicó en la posición 73, de un total de 81 cantones, con un puntaje de 0.676 (Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo y UCR, 2016), es decir, este cantón se ubica dentro de la categoría baja del IDH, con un valor alto de brecha de pobreza a nivel cantonal de 6,58% (INEC, 2013, p.49).

La realidad del cantón en cuanto al desarrollo es congruente con la información por parte de los actores institucionales, en cuanto a las necesidades o limitaciones que se identifican en el cantón en materia de educación, vivienda y acceso de agua. Sin embargo, es importante mencionar que de parte de las instituciones involucradas no se manejan datos precisos sobre esta situación a nivel cantonal.

Con respecto al accionar institucional, es importante retomar el desconocimiento existente acerca de la legislación en salud de ambientes saludables y hábitos de vida saludables, aunado a una responsabilidad atribuida exclusivamente al Ministerio de Salud, aspectos que han influido en un débil accionar institucional para abordar la promoción de la salud de forma intersectorial

e integral, y fomentar la corresponsabilidad de la salud, entendiendo esta última como responsabilidad de todos los sectores de la población.

#### **4.1.1.2. Factores del entorno alimentario**

Dentro del entorno alimentario, se consultó a los actores institucionales de Alajuelita, por el cambio en la oferta de alimentos procesados, en los últimos 10 años, lo cual fue asociado con el acceso económico, en una relación proporcional entre el poder adquisitivo y la selección de la calidad del alimento.

Parente (2008b) señala que los consumidores de bajo nivel socioeconómico se muestran menos preocupados por tener una alimentación saludable, posiblemente por la desinformación o por considerar a estos productos como inaccesibles (Oliveira Lima-Filho, Quevedo-Silva, Gomes Coelho Ewerling, Rodríguez da Silva, 2016).

Aunado a lo anterior, el aumento en cadenas de supermercados transnacionales facilita la oferta de alimentos procesados. Se dice que en América Latina este tipo de productos se venden en supermercados grandes, convencionales y hasta pulperías (OMS, 2015).

Si bien el aumento de supermercados ha promovido un mayor consumo de alimentos procesados, propuestas como las aplicadas en el Reino Unido podrían tomar ventaja de la situación, al involucrar a los supermercados en la promoción del consumo de por lo menos cinco porciones de frutas y verduras diarios (Oliva-Chávez y Fragoso-Díaz, 2013).

De acuerdo con la OMS (2015) los alimentos más publicitados son los procesados, provenientes de multinacionales, las cuales por su magnitud tienen la oportunidad de ofertar a bajo costo, así como de destinar grandes sumas de dinero a la publicidad de los productos, que usualmente se observan en los medios de comunicación. Situación similar ocurre en las cadenas de restaurantes de comida rápida, las cuales aprovechan la oportunidad de los medios de comunicación para ofrecer sus productos e incitar la compra.

La disponibilidad de frutas y verduras en el cantón de Alajuelita parece ser accesible, dado que los actores institucionales, destacan el comercio local, principalmente la feria del agricultor, la cual ofrece la oportunidad de acceder a dichos productos. Sin embargo, en el estudio de García-Barquero (2015) realizado en las ferias del agricultor de 14 cantones, se obtuvo que la feria del agricultor de Alajuelita presenta el promedio más bajo de ventas (84,76%), si bien es una cifra alta cercana al 100%, idealmente debería ocupar una mejor posición, partiendo de que ofrece una buena oferta.

La incongruencia encontrada entre la baja demanda y la alta oferta que señalan los actores sociales en nuestro estudio se puede relacionar con la cultura alimenticia o la accesibilidad económica de los pobladores. Otro factor que podría estar generando la baja demanda, es la producción de alimentos que se da en la zona norte del cantón, la cual según datos del Estado de la Nación (2012, p.19) no es utilizada para exportación, por lo que puede estar siendo aprovechada para el consumo de subsistencia.

Con respecto al costo de los alimentos en el cantón, los actores institucionales de Alajuelita señalan que éste se relaciona con el alto consumo de alimentos no saludables, dado que dichos alimentos son de menor costo. Sin embargo, es una situación que se da a nivel país. Pese al aumento económico nacional que han sufrido algunos productos, para el 2017 el consumo de frutas y hortalizas creció un 8%, pese al aumento de un 5,7% de los precios de la fruta y 7,4 % de las verduras (Procomer, 2017a). Existe la posibilidad de que la población del cantón de Alajuelita, se encuentre realizando variaciones en su consumo para ajustarse al presupuesto y que esto resulte en una disminución en la compra de frutas y verduras y un aumento en la compra de alimentos no saludables de bajo costo.

Los actores institucionales coinciden en que la oferta y el consumo de comida rápida ha ido creciendo. Así mismo, señalan que al proliferar el comercio local de comida rápida, las familias de Alajuelita pueden generar ingresos para sobrevivir, lo cual coincide, con los resultados generales de la última Encuesta

Nacional de Hogares (INEC, 2018), en la cual se señala que seguido solamente del ingreso asalariado, al trabajo autónomo se le atribuye el 14, 7% de fuente de ingreso en la zona urbana. A pesar de que el comercio local ha ido en auge, la sostenibilidad de este no lo ha sido, por lo que no es garantía de un ingreso fijo para las familias que dependen de esta fuente de empleo.

Si bien, se han creado comercios de comida saludable, los actores institucionales los consideran como insuficientes, con poca variedad en la oferta y de mayor costo que acceder a la comida rápida. El aumento del comercio local que facilita el acceso a comida rápida no saludable, como lo señala Chacón-Tunjo y Shaw-Aguilar (2015, p.41) "provoca que el abuso de la comida rápida no solo se de en restaurantes especializados, sino que se produzca también en los hogares", ya que la causa no es el lugar en sí, sino lo que se compra en él, como las comidas rápidas pre cocidas que ofrecen las facilidades de preparación, de consumo y adquisición, que incitan al consumo en grandes cantidades.

#### **4.1.1.3. Factores del entorno físico**

Estos factores relacionados con el gasto energético y la actividad física toman en consideración el uso de vehículos particulares, la utilización de los espacios para recreación y actividad física, nivel de seguridad y el uso de tecnologías informáticas, aspectos que, de acuerdo con nuestros resultados, se encuentran relacionados entre sí por el tema de la seguridad en el cantón.

El aumento en el uso de vehículo particular responde a un fenómeno que ocurre a nivel nacional, y que se ve reflejado en los distintos cantones, principalmente cerca de la GAM. De acuerdo con el informe del Estado de la Nación (2017), en el año 2017 Costa Rica ocupaba el tercer lugar a nivel de Latinoamérica con mayor cantidad de vehículos por cada mil personas, es decir, 231 vehículos, superado únicamente por Argentina, en primer lugar y por México, en segundo lugar. Según los datos obtenidos en las entrevistas, en el cantón de Alajuelita este aumento de vehículos ha crecido de forma paralela al nivel de inseguridad que se vive en el cantón debido a que las personas prefieren hacer uso de un vehículo particular, que transitar en transporte público o caminando.

La inseguridad constituye un obstáculo para el desarrollo humano, ya que, “limita las posibilidades individuales para concebir y concretar un proyecto de vida, erosiona la cooperación social y la vida cívica necesarias para tal efecto” (Ministerio de Justicia y Paz, 2015, p.28). La situación de inseguridad vivida en Alajuelita promueve un sentimiento de miedo en las personas, al disminuir su libertad de tránsito e impedir en muchos casos la participación social y el desarrollo de prácticas saludables en espacios públicos.

A pesar de los esfuerzos institucionales por abordar y disminuir la violencia e inseguridad a nivel local, el cantón de Alajuelita ha venido en un constante aumento en el número de delitos. Los homicidios son el indicador universal para medir la violencia al tratarse del crimen que atenta contra la vida humana. El cantón de Alajuelita ha sido golpeado por una serie de homicidios, particularmente a finales del año 2014, año en el que se registraron 24 homicidios (Ministerio de Justicia y Paz, 2015), principalmente como resultado de una lucha de territorios para la venta de drogas.

El número de asaltos es otro es de los delitos que enfrenta la población de Alajuelita. De las denuncias recibidas por el Organismo de Investigación Judicial durante el 2015, un 39% corresponde a asalto y un 8% a hurto a personas (Ministerio de Justicia y Paz, 2015), lo cual incrementa el sentimiento de inseguridad en la población y limita el uso de espacios públicos para el deporte y la recreación.

Existen pocas acciones institucionales dirigidas hacia las mujeres, llámense programas o proyectos comunales relacionados con prácticas saludables. Las mujeres del cantón, únicamente identifican acciones de forma esporádica y limitadas al centro del cantón, no al resto de distritos o comunidades.

De acuerdo con los resultados obtenidos, otro de los factores que inciden sobre la actividad física y la recreación, es el uso de la tecnología de forma indiscriminada y desmedida, la cual suele convertirse en un obstáculo para la práctica de deporte y recreación. Según Díaz y Aladro (2016), algunas de las señales de alarma que indican una dependencia al uso de la tecnología son:

privarse de sueño por estar conectado a la red, descuidar actividades como familia, estudio o relaciones sociales, recibir quejas de alguien cercano (familia, pareja) en relación con su uso inadecuado, señales que han expresado las mujeres participantes y se refuerzan con los resultados de obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres, donde el promedio en horas de uso de dispositivos electrónicos por día es de 5,3 horas, mientras que el tiempo que se le asigna a realizar actividad física es de un promedio de tan solo 21, 49 minutos por día.

#### **4.1.1.4. Factores del sistema de salud**

Los actores institucionales reportaron que la disposición de recursos económicos para el apoyo de entornos saludables, con el que cuentan las instituciones, es inexistente o requieren del suministro de otra institución. Sin embargo, al hacer un recuento del recurso personal con el que cuentan las instituciones que realizan o pueden realizar acciones orientadas a hábitos saludables en el cantón, se obtiene como resultado una amplia variedad de personal, el cual se aprovecha para la realización de las acciones comunitarias.

Las acciones comunitarias que se realizan se suelen organizar para grupos etarios específicos, la cual es una forma adecuada de direccionar acciones, ya que entre similares se “comparten valores, códigos, símbolos, actividades, prácticas y procesos” (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2019), por lo que las actividades pueden planificarse más acorde a la población beneficiaria.

Las actividades que promueven la actividad física y la educación para el cuidado y autocuidado son una “herramienta eficiente, para optimizar los procesos relacionados con la disminución de factores de riesgo inherentes al sedentarismo” (Vidarte-Claros, Vélez Álvarez, Sandoval Cuellar y Alfonso Mora, 2011). Así mismo, fomentan las “acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior” (Sillas-González y Jordan-Jinez, 2011, p.68). Realizar este tipo de acciones es posible gracias a los vínculos que mantienen las instituciones

públicas, privadas y comunitarias, que pueden desarrollar acciones exitosas en el cantón.

Como parte de las acciones comunitarias, además de las orientadas a la actividad física y deportiva y a la educación para el cuidado y el autocuidado, se ha potenciado la atención directa, mediante ferias de la salud, la cual es una herramienta para educar en salud y promover la participación ciudadana, así como lograr la puesta en práctica de la cooperación interinstitucional (Herrera-Canales, 2015).

Las ferias de la salud han logrado ser de aprovechamiento principalmente para la población migrante que ha ido en aumento en los últimos años en el cantón, la cual, en la mayoría de los casos, se encuentra en condición de ilegalidad, por lo que contar con ferias de salud, provee una oportunidad de acceder a la atención clínica y apropiarse de nuevos conocimientos para su salud.

Al consultar a los actores institucionales sobre los resultados obtenidos de dichas acciones, se identifica la inexistencia de evaluaciones que permitan medir los logros alcanzados e informarlos. Esto sería de gran importancia para mejorar a futuro las actividades que se ofertan.

#### **4.1.2. Escazú**

##### ***4.1.2.1. Factores del entorno social y político***

El cambio del uso del suelo que se ha dado en Escazú, se ha dado de forma progresiva, pasando de un uso agrícola y residencial, a uno más industrial-comercial, lo que ha permitido el desarrollo del modelo habitacional en condominio, con una consecuente concentración de la población de mayor poder adquisitivo. Esta segregación habitacional parece ser el resultado de los procesos de concentración de la riqueza que se han venido dando en el país y la búsqueda de lugares con mayores niveles de “seguridad” y “exclusividad” para familias de altos ingresos (CINPE & PRUGAM, 2008, citado por PEN, 2014). Este proceso se ha acompañado del crecimiento de grandes centros comerciales, cadenas de

supermercados y demás industrias que mencionaron los actores institucionales entrevistados.

A pesar de que en el cantón de Escazú ha aumentado el nivel de desarrollo, se pueden identificar algunas particularidades con respecto al índice de desarrollo humano y social, y por ende la condición de pobreza existente en el cantón. La primera de éstas, es que a pesar de ocupar la posición número dos con un puntaje de 0.930 en el ranking de cantones de Costa Rica con mejor índice de desarrollo (Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo y UCR, 2016), y ubicarse en primer lugar, con un puntaje de 100 en el Índice de Desarrollo Social Cantonal según División Territorial Administrativa (MIDEPLAN, 2017), los resultados obtenidos de las entrevistas señalan la existencia de sectores en pobreza, con presencia de asentamientos en pobreza extrema, cuarterías y tugurios, ubicando en otro extremo los sectores de clase alta que predominan en el cantón como centros comerciales, condominios, cadenas industriales y demás.

Es decir, aunque los datos estadísticos a nivel cantonal reflejan a Escazú como un cantón de clase alta y gran desarrollo, a la hora de analizar los datos por distritos con base en el índice de desarrollo social del 2017, y hacer una valoración cualitativa de la condición de pobreza del cantón, se logran identificar dos extremos; en primera instancia se tiene el distrito de San Rafael, el cual se ubica en primer lugar de este ranking con un puntaje de 100, mientras que el distrito de San Antonio con un valor de 80.90 se ubica en el lugar 58 del total de 81 distritos (MIDEPLAN, 2017), por lo que se identifica una estratificación social muy marcada entre cada distrito. Pese a esto, el tema de pobreza suele ser invisibilizado en el cantón y en gran medida desconocido por parte de las instituciones, ya que éstos no manejan datos precisos sobre la condición de pobreza.

De acuerdo con los actores sociales la condición de pobreza que se vive en el cantón es atribuida a los procesos migratorios, específicamente a inmigrantes nicaragüenses. Pese a que no existen datos estadísticos propios del cantón que respalden estos resultados, de acuerdo con las estadísticas proporcionadas por



Morales y Castro (2006), la pobreza por ingresos es mayor en los hogares nicaragüenses inmigrantes que en los hogares costarricenses. La pobreza afecta a un 25,8% de los hogares con jefe nicaragüense y a un 20,2% de los hogares con jefe costarricense.

Debido a la condición migratoria ilegal que poseen muchos migrantes nicaragüenses, socialmente se les ha relacionado con el trabajo informal local. En el Diagnóstico del Contexto Migratorio 2017, elaborado por la Fundación Género y Sociedad en coordinación con la Dirección de Integración y Desarrollo Humano, se indica que para el 2017 el 80% de la población inmigrante en Costa Rica, se encontraba compuesta principalmente por nicaragüenses que ocupaban puestos de mediana y baja cualificación (construcción, agricultura y empleo doméstico), con altos niveles de pobreza y en hogares con alto grado de necesidades básicas insatisfechas; principalmente de vivienda y acceso a educación. El restante 20% de la población inmigrante en Costa Rica está compuesto por una mayoría de personas procedentes de Estados Unidos y Europa, así como por migrantes de altos ingresos procedentes de otros países latinoamericanos, que presentan elevados niveles educativos, son principalmente mayores de 50 años y no viven en pobreza.

En Escazú es fácil identificar estas dos realidades migratorias debido a que es un cantón con alta estratificación social, donde resulta fácil encontrar sectores con población migrante de bajo nivel socio económico; a como también, el desarrollo comercial industrial, permite ubicar inmigrantes extranjeros con un alto nivel socioeconómico, dentro del mismo cantón, principalmente provenientes de países suramericanos y norteamericanos.

Por otro lado, si bien los actores institucionales lograron identificar legislación en salud sobre estilos de vida y ambiente saludables, a la hora del accionar únicamente se identifican actividades vinculadas con la actividad física y deporte, las cuales a pesar de ser aprovechadas por parte de la población están orientadas en su mayoría hacia jóvenes o adultos mayores. Las actividades de zumba, son las únicas identificadas para mujeres, las cuales no son ofrecidas de

forma regular en los distritos, ni en horarios accesibles y son organizadas para gran cantidad de personas.

#### **4.1.2.2. Factores del entorno alimentario**

La disponibilidad de frutas y verduras en el cantón, parece ser accesible según la entrevista realizada a los actores institucionales. Sobresale el comercio local, como lo son las ferias del agricultor, las verdulerías y supermercados. La producción local se hace presente, pero en menor medida que en el cantón de Alajuelita. Esta percepción coincide con el análisis del consumo de frutas, hortalizas, pescado y mariscos en los hogares costarricenses a nivel nacional, en el cual para el año 2015, el 60,8% de los encuestados indicaron que existe mayor oferta de frutas y hortalizas y al alcance de sus hogares (PIMA, 2016).

En términos generales, los actores sociales de Escazú se refieren a la disponibilidad de frutas y verduras como un factor positivo. Sin embargo, hay un descontento en los precios, los cuales hacen que las frutas y verduras entren en desventaja con la comida no saludable. Respecto a la relación entre disponibilidad y acceso de alimentos saludables, la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021, y la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples del 2010 (Ministerio de Salud, 2011), destaca cómo la pobreza extrema, la baja escolaridad, el desempleo y el costo de la canasta básica limitan la compra de alimentos, principalmente en las familias en condición de pobreza.

Los actores institucionales señalan que existe una preferencia por las comidas rápidas, al ser de menor costo que los alimentos saludables. Según los autores Chacón-Tunjo y Shaw-Aguilar (2015) el ambiente en el que se desenvuelve la sociedad influye en el comportamiento alimentario, el tiempo limitado hace que se consuma fuera de casa, al brindar facilidades de acceso, rapidez y bajo costo, dejando de lado el valor nutricional del alimento.

Los actores institucionales perciben un aumento considerable de cadenas transnacionales de comida rápida, así como de comercio local, como las sodas. Destacando de esta manera, que el aumento ha sido posible debido a la aceptación que ha tenido en el cantón, por ser comercios variados y con una

oferta de alimentos de bajo costo, los cuales según Vargas-González (2017), se caracterizan por ofertar comidas fritas, con exceso de grasa y manteca, aderezos no saludables y bebidas azucaradas.

#### **4.1.2.3. Factores del entorno físico**

El aumento que se ha venido dando en el uso de vehículo particular durante los últimos diez años en Escazú es un reflejo del crecimiento vehicular vivido a nivel nacional. Con base en los datos de la encuesta de CID-Gallup del 2013, las personas en Costa Rica pierden al año 15 días en promedio debido a congestión vial (Secretaría Plan Nacional de Desarrollo Urbano, 2013). Una de las principales consecuencias de esta situación es que el tiempo perdido en la congestión disminuye la calidad de vida de las personas por imposibilitar la realización de otras actividades, aumentar los niveles de estrés, disminuir en tiempo compartido con familia y amigos. Esto coincide con lo reportado por los actores institucionales, debido a la cercanía de Escazú con la GAM y con carreteras nacionales muy concurridas.

Pese a que el nivel de seguridad es considerado como bueno en todo el cantón, y respaldado por el índice general de delitos, en el que Escazú ocupa el puesto número 64, formando parte de los 20 cantones con menores índices de delincuencia (Ministerio de Justicia y Paz, 2014), el uso de los espacios públicos en las comunidades alejadas del centro suele ser condicionado por la inseguridad, y en general, por la oferta limitada de actividades dirigidas a las mujeres, ya que a pesar de que el comité de deportes cuenta con una amplia oferta de actividades de deporte y recreación, éstas están enfocadas en las personas adultos mayores o jóvenes.

Los actores institucionales mencionaron que dependiendo del uso que se les dé, las tecnologías pueden representar un obstáculo para el deporte y la recreación. Rivera, Cedillo, Pérez, Flores y Aguilar (2018) refiere que las sociedades actuales se caracterizan por sustituir el tiempo libre dedicado a la práctica de actividad física por el uso de tecnologías (televisión, computadora, Tablet, celular, Internet, redes sociales, entre otros), lo que recientemente se ha

denominado como “sedentarismo tecnológico”. Sin embargo, el uso de tecnologías informáticas también es considerado como un aliado en el ejercicio del deporte y la recreación, al funcionar como una herramienta complementaria que permite acceder a información que promueva y facilita la práctica.

#### **4.1.2.4. Factores del sistema de salud**

Dentro del entorno sistema de salud, al consultar sobre la disposición de recursos para el apoyo de entornos saludables en el cantón, los actores institucionales manifiestan dos perspectivas. Por un lado, señalan una variedad de recursos como el recurso humano, el espacio físico, implementos o materiales y económicos. Por otra parte, se muestra un panorama en el que no existen recursos, por lo que, dependiendo de la institución, no contar con un recurso económico propio, limita a realizar acciones, desvalorando otro tipo de recursos que se pueden potenciar.

Es importante destacar la potencialidad que se le debe otorgar a los recursos propios de la comunidad ya que esto refuerza la acción comunitaria, al estimular la independencia y el apoyo social (OMS, 1986). Esto es posible cuando por ejemplo entre instituciones los recursos con los que cuentan son utilizados eficientemente y son compartidos al realizar acciones interinstitucionales.

Las acciones comunitarias se pueden orientar en dos grandes enfoques, las que buscan mejorar y fortalecer la salud de la población y las que buscan la formación personal, académica y profesional. Estos grandes enfoques coinciden con la propuesta de Plan de Desarrollo Cantonal de Escazú 2019-2029 (Municipalidad de Escazú, 2019), el cual contiene un eje de bienestar integral, con el objetivo de “fomentar el desarrollo integral de la ciudadanía, estableciendo mejores condiciones de salud, seguridad y bienestar, a través de programas y proyectos que contribuyan a mejorar la vida de los habitantes del cantón” (p.34) y un eje de desarrollo económico sostenible, con el objetivo de “desarrollar una estrategia de generación de empleo, que contemple el turismo sostenible y el emprendimiento, partiendo del fortalecimiento de las competencias

de sus habitantes, a través de una oferta educativa y cultural ajustada a las necesidades y particularidades del cantón” (p.28).

Este plan del gobierno local señala la importancia de la coordinación del sector público, privado, organizaciones comunales, no gubernamentales y cooperación internacional para darle continuidad en la próxima década a las acciones que se han estado implementado en el cantón. En los últimos 5 años el cantón de Escazú se ha concentrado en realizar acciones en los temas de salud ambiental y en desarrollar distintos programas, entre ellos el programa para personas con obesidad: Reto Escazú. Así mismo, ha procurado brindar servicios de atención directa como las ferias de salud y las consultas de nutrición y fisioterapia.

En cuanto a las acciones para abordar la obesidad a nivel local, Escazú presenta una concentración en los de deporte, limitando el abordaje que se le puede dar a esta compleja enfermedad, en la cual pueden intervenir otros factores como los biológicos, demográficos, socioculturales y conductuales (Moreno, 2012). Por lo que hace falta acciones que tomen en cuenta la alimentación, la salud mental, la integración con la familia, y el entorno comunitario.

Aunado a la ejecución de acciones, se identificó que en ocasiones se aplican evaluaciones por asistencia y verificación del cumplimiento de los lineamientos. Es decir, solamente se identifican evaluaciones cuantitativas. Utilizar evaluaciones mixtas, además de conocer a qué cantidad de público meta llegó la actividad o que contenidos se dieron, “permite analizar exhaustivamente la actividad, los medios y el aprovechamiento alcanzado” (Medina y Muñoz, 2014, p.4), de esta forma se pueden realizar modificaciones sustantivas a futuro.

#### **4.2. Determinantes intermedios**

Este apartado responde al objetivo 2, el cual analiza los determinantes intermedios en las mujeres de 25 a 45 años de Alajuelita y Escazú que, de acuerdo con el modelo de Determinantes Sociales de la Salud incluye determinantes específicos del estado de salud (OMS, 2010) y refleja el lugar de la persona en la estratificación, ya que representan diferencias en la exposición y

vulnerabilidad a condiciones que afectan su salud. Dentro de las principales categorías o indicadores que propone el modelo se encuentran las circunstancias materiales, como vivienda, medios financieros y el trabajo formal; las circunstancias psicosociales que incluyen los factores relacionados al estrés, apoyo social y estilos de afrontamiento; y los factores de comportamiento y/o biológicos en los cuales contienen aspectos relacionados como nutrición y actividad física entre otros (OMS, 2010).

Se analizaron los determinantes intermedios los cuales incluyen; características sociodemográficas, conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) tanto de la alimentación, como de la actividad física, autoestima, higiene del sueño, uso de la tecnología e interacción social.

A partir de la descripción de las características sociodemográficas se identifican diferencias relacionadas con el nivel socioeconómico que a la vez reflejan inequidades, estas consisten en brechas entre grupos, estratos, regiones o clases (Álvarez-Castaño y Pérez-Isaza, 2013). Las inequidades traen consigo una debilidad en el acceso a alimentación saludable, servicios de salud y de saneamiento básico. Relacionado con esto un menor grado de educación influye en las decisiones que sobre la salud toman las personas (Ministerio de salud, 2017).

El impacto de las inequidades en salud de la población se vuelve evidente al comparar el índice de masa corporal en cada cantón, en donde se muestra que el 85% de las mujeres de Alajuelita y el 70% en Escazú no cuentan con un peso saludable. Ambos datos son superiores a lo reportado a nivel nacional a partir de la encuesta nacional de nutrición 2008-2009 (Ministerio de Salud, 2009), que identifica que el 59.7% de personas entre 25 y 45 años son obesas o tienen sobrepeso.

#### **4.2.1 Alajuelita**

En cuanto a los conocimientos en alimentación saludable, solo un 11,7% presenta conocimientos suficientes. El 88,2% de las mujeres de Alajuelita no tiene los conocimientos suficientes en cuanto a porciones de alimentos, contenido nutricional y criterios de selección de alimentos saludables. Sin embargo, el

54,41% de ellas tiene prácticas de alimentación saludable, por lo que no hay concordancia directa entre conocimientos y prácticas. Según Gutiérrez-Noriega, Sánchez-Jiménez, Sámano-Sámano, Rodríguez-Arellano, Sánchez.-Hernández y Sánchez-Trampe, (2015), el hecho de que se tenga un buen conocimiento sobre alimentación saludable, pero prácticas alimentarias menos adecuadas puede estar asociado a componentes de orden social, económico o cultural. Por lo que a pesar de que esta población reporta prácticas de alimentación saludable, debido al bajo nivel de conocimientos encontrados, se considera necesario empoderar a las mujeres desde la importancia que tiene conocer sobre alimentación saludable. Un mejor conocimiento les permite discernir sobre la elección, preparación y consumo más adecuado para una alimentación saludable.

En lo que concierne a las actitudes en torno a su alimentación el 57,3% tiene actitud favorable. Sin embargo, esta gira en torno a su rol como madre, esposa o ama de casa. La alimentación de las mujeres de Alajuelita se ve influenciada por los intereses y gustos de sus miembros más cercanos. Según Bojorge-Martínez (2016) el modelo teórico de patrones de comunicación familiar de Koerner y Fitzpatrick, que explica las conexiones entre la comunicación familiar, comportamientos, actitudes de los miembros de una familia y las prácticas que se promueven. Por lo que se puede entender cómo las mujeres priorizan los intereses y preferencias de sus familiares en su mayoría hijos y pareja sentimental antes que los suyos.

En cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas de actividad física, alrededor del 80% de la población cuenta con conocimientos suficientes, pero solo la mitad de la población cuenta con una actitud favorable hacia la práctica de actividad física e igualmente solo la mitad practica actividad física, por lo que se deben fortalecer acciones que incentiven mayor práctica. La población que presenta actitud favorable es la que presenta mayor porcentaje de práctica de actividad física. Esto resalta la importancia de trabajar sobre acciones que incentiven y motiven a las mujeres a realizar actividad física.

Las principales motivaciones que tienen las mujeres para realizar actividad física se relacionan con espacios que incluyan a sus hijos y con espacios para la socialización. Esto puede explicarse a partir de la teoría de las necesidades de McClelland la cual afirma que la motivación está sujeta a 3 necesidades: la necesidad de logro que se refiere al deseo de superar metas; la necesidad de poder que se relaciona con hacer que otras personas se comporten de una manera no habitual; y la necesidad de afiliación que hace referencia al deseo de tener amistades y personas cercanas. Esta teoría también permite entender como la actividad física es una herramienta que proporciona el cumplimiento de las 3 necesidades mencionadas, ya que “pueden lograr una serie de objetivos, superando a adversarios o los propios registros personales, a la vez que se interactúa con otras personas en las que, se puede influir para que se comporten de forma distinta a la habitual” (Monroy y Sáez, 2012, p.7).

La inactividad física es una de las principales causas de enfermedades crónicas no transmisibles y es uno de los riesgos comportamentales de la obesidad, que puede ser modificable (OMS, 2018). En personas que ya presentan índices de sobrepeso y obesidad la actividad física tiene efectos beneficiosos (González, 2016). Según recomendaciones de las guías alimentarias para Costa Rica la práctica de actividad física se debe realizar por un tiempo de 30 minutos o más todos los días. En la población de estudio a pesar de que más de la mitad practica actividad física, la proporción que lo practica más de 3 veces a la semana y entre 30 minutos o más es reducida. Por lo que se debe incentivar la práctica de actividad física de manera regular.

Para lograr una práctica regular de actividad física se debe tomar en cuenta el factor tiempo, ya que (Steptoe et al., 2002; Juarbe, Toruk y Pérez-Stable 2002 citado en Niñerola, Capdevila y Pintanel, 2006) afirma que la barrera más frecuente para no practicar actividad física está relacionada con la falta de tiempo disponible que se asocia a “un exceso de obligaciones laborales o familiares, especialmente en mujeres” (p.55). La adopción de hábitos saludables debe estar



entre las principales prioridades personales para lograr que cada persona realice un esfuerzo para incluir cambios en su rutina.

Una importante proporción de la población que practica actividad física presenta índices de sobrepeso, esto ejemplifica la complejidad de la obesidad y cómo aparte de la actividad física influyen otros factores en su prevalencia.

El 80,6% del total de la población de este estudio tenía baja autoestima. Esto representa un factor de riesgo para la depresión, la ansiedad, el insomnio, la anorexia, la obesidad y los trastornos de personalidad entre otros (Alvarado, Guzmán y González, 2005). También Díaz-Guzmán y Díaz-Guzmán (2008), se refieren a la relación entre obesidad y baja autoestima, ya sea como causa o como consecuencia entre ambas.

Al ser la autoestima una valoración propia de las personas depende en gran medida del contexto social (Rojas-Barahona, Zegers y Förster, 2009). La calidad afectiva de las relaciones familiares está asociada con altos niveles de autoestima (Naranjo, 2007). En nuestra investigación solo un 23,2% de las mujeres participa en actividades sociales o familiares. Este bajo nivel de vínculos afectivos de las mujeres puede estar asociado con su bajo nivel de autoestima ya que la calidad afectiva de las relaciones familiares está asociada con altos niveles de autoestima (Naranjo, 2007).

La autoestima comprende la confianza y seguridad de la persona y su respuesta a diversas situaciones de la vida (Rojas-Barahona, Zegers y Förster, 2009), de ahí la importancia de valorizar a nivel comunal y familiar el papel de las mujeres en todos sus escenarios y no únicamente dentro de su rol como madre.

En lo que concierne a esta investigación se analizó la autoestima como posible causa o determinante de la obesidad, si bien por medio del modelo de regresión logística no se encontró una asociación significativa entre autoestima y sobrepeso u obesidad, se considera necesario abordar esta temática como un problema en salud. La cantidad de población encontrada con baja autoestima es

alarmante. Por lo que se debe tomar acciones interinstitucionales a nivel local, para abordar la autoestima de las mujeres.

A partir de los resultados del estudio se observa cómo la población que pasa más tiempo utilizando dispositivos electrónicos, presenta los porcentajes más bajos de actividad física. Dfáz-Aladro (2015), menciona una relación existente entre el sedentarismo y el uso de las tecnologías, puesto que permanecer horas de exposición frente a la televisión, la computadora, los videojuegos, o el celular tiene una relación directa con la obesidad y sobrepeso. La preferencia por pasar horas frente a la pantalla disminuye el tiempo destinado al ocio, a la práctica de ejercicio físico y a las relaciones sociales, elevando así el riesgo de sobrepeso y obesidad. La suma de todos estos factores contribuye a la creación de un ambiente obesogénico (INCAP, 2016).

En cuanto a higiene de sueño algunos estudios han demostrado que la calidad de sueño se asocia de manera inversa con el IMC. Una mala calidad de sueño es un factor de riesgo para el sobrepeso y obesidad (Nielsen, Danielsen, Sorensen, 2011 citado en Chamorro, Durán, Reyes, Ponce, Alarín y Peirano, 2011). Aunque no se sabe la relación exacta entre sueño y obesidad se propone que ésta se debe a “un desbalance en el patrón de patrones neuroendocrinos reguladores del apetito y el balance energético” (Knutson, 2007 citado en Chamorro, Durán, Reyes, Ponce, Alarín y Peirano, 2011, párr. 20).

A partir de la comparación de horas de sueño con el Índice de Masa Corporal, se observa que la población con sobrepeso en su mayoría duerme la cantidad de horas que pueden ser recomendadas, cabe destacar que para una adecuada calidad de sueño en adultos de 25 a 45 años la cantidad de horas de sueño debe ser de 7 a 9 horas según la clasificación del National Sleep Foundation (2015).

#### **4.2.2. Escazú**

Un 7% de la población de mujeres de Escazú tiene conocimientos suficientes sobre criterios de elección, contenido nutricional y porciones de los alimentos. De manera análoga, un 7% de ellas tiene prácticas de alimentación

saludables. Educar a la población en materia de contenido nutricional, porciones de alimentos adecuadas, criterios de selección y preparación se puede incidir en que tengan prácticas saludables.

A pesar del bajo nivel de conocimientos en los aspectos consultados un 62% de las mujeres de Escazú reporta prácticas saludables de alimentación. Por lo que es necesario analizar otros factores que inciden en las prácticas de alimentación saludable tal cómo aspectos económicos, sociales y emocionales que inciden en la toma de decisiones relacionada con alimentación.

Un 68% de las mujeres tienen una actitud favorable en torno a la alimentación saludable. Las actitudes están determinadas por tres elementos: las emociones o sentimientos, el componente ideológico y el de tendencia a la acción (González, 2016). Por ende, es difícil identificar cuál de los tres componentes influye en mayor o menor medida. Según lo percibido en los grupos focales, se identifica una actitud relacionada a un componente emocional o sentimental con su familia, porque ésta juega un papel importante en torno a su alimentación. Según Lagos, Montenegro, Niño y Barrera (2005) citado por González (2016) las actitudes se pueden modificar mediante educación alimentaria y nutricional.

En cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con actividad física regular alrededor del 75% de la población tiene conocimientos suficientes, y la población que tiene actitud favorable es también la que practica en mayor medida actividad física de manera regular. Aunque la actitud no es el único factor que influye en la práctica, sí existe una asociación importante entre actitud y prácticas de actividad física en la población de estudio.

Para incentivar la práctica se debe tomar en cuenta las principales motivaciones de las mujeres por realizar actividad física, las cuales se relacionan con la obtención de beneficios personales. Se relaciona con la teoría de motivación de logro propuesta por Atkinson y McClelland, la cual explica cómo la motivación por realizar actividad física o deporte se ve permeada por la interacción de dos factores: factores personales referidos a la obtención del éxito o bien el evitar el fracaso, y los factores situacionales que tienen que ver con la probabilidad

de conseguir ese éxito (Monroy y Sáez, 2012). En el caso de las participantes, este éxito hace referencia a mejoras en la salud mental y física, así como mejorar su apariencia.

En cuanto a la práctica de actividad física, se debe incentivar que ésta se practique de una manera regular, es decir más de 3 veces a la semana y entre 30 minutos o más. Para lograr una práctica regular se debe tomar en cuenta el factor tiempo, ya que (Steptoe et al., 2002; Juarbe, Toruk y Pérez-Stable 2002 citado en Niñerola, Capdevila y Pintanel, 2006) afirma que la barrera más frecuente para no practicar actividad física está relacionada con la falta de tiempo disponible que se asocia a “un exceso de obligaciones laborales o familiares, especialmente en mujeres” (p.55). La adopción de hábitos saludables debe estar entre las principales prioridades personales para lograr que cada persona realice un esfuerzo para incluir cambios en su rutina.

En Escazú un 55% de las mujeres presenta baja autoestima. La baja autoestima es considerada un factor de riesgo relevante en el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria (Sánchez, Guzmán, González, 2005). Es importante realizar acciones para empoderar a las mujeres en función de su autoestima y valor, puesto que una mejora en la autoestima proporciona una mayor para el afrontamiento de conflictos.

La autoestima es determinada por múltiples factores y suele ser complejo conocer el de mayor influencia. Uno de los factores percibidos, se puede vincular al sobrecargo de funciones dentro del hogar. Según Hernández (2010) algunas de las afectaciones de autoestima en mujeres se relacionan con acceder en menor escala a los recursos, al ocupar dentro de la familia un papel de cuidado.

En Escazú la interacción social con la comunidad se ve limitada por la falta de tiempo, solo un 21,7% de la población dice participar en actividades comunales. Las mujeres tienen en su mayoría jornadas de trabajo de tiempo completo además del trabajo en el hogar o con su familia. Según estudios sobre el uso del tiempo realizados en todo el mundo, las mujeres invierten mucho más tiempo que los hombres en el trabajo familiar no remunerado ajeno al mercado. Si

se suman las horas de trabajo remunerado y no remunerado, las mujeres tienden a tener semanas laborales más extensas que los hombres y menos tiempo para dedicar a su formación, a las actividades políticas, a sus propios pasatiempos o a la atención de su salud (OIT, 2009). La falta de tiempo es un determinante importante a considerar dentro de la gestión de proyectos comunales.

En relación con el uso de tecnología, para el cantón de Escazú se identifica un comportamiento inverso a lo sustentado por la teoría, ya que entre más horas utilizan dispositivos electrónicos mayor es el porcentaje de práctica de actividad física reportada en este cantón. Es importante seguir fortaleciendo la actividad física en esta población y más bien ver la oportunidad de incluir el uso de tecnología como una herramienta que facilite la práctica de actividad física.

En cuanto a higiene de sueño se analiza la relación de horas de sueño con el Índice de Masa Corporal, y se observa que sin importar la clasificación por IMC el mayor porcentaje de la población duerme las horas recomendadas las cuales son de 7 a 9 horas según la clasificación del National Sleep Foundation (2015).

Al considerarse la calidad de sueño como factor de riesgo para el sobrepeso y la obesidad, el hecho de que el 70% de la población duerma las horas adecuadas es un buen indicador y debe realizarse acciones que fortalezcan las prácticas saludables relacionadas con higiene del sueño.

#### **4.3. Elementos y contenidos de la estrategia**

La estrategia de promoción de la salud que se desarrollará se entiende como un conjunto de acciones coordinadas y orientadas a contribuir a la salud de las mujeres del cantón, cuyas posibles líneas estratégicas se encaminan desde la propuesta de la carta de Ottawa (OMS, 1986): elaboración de políticas públicas sanas, creación de ambientes favorables, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de los servicios de salud.

La identificación de elementos y contenidos que formaron parte de la estrategia, son conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que contribuyen al logro de los objetivos (Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2018) a partir de tres grandes categorías de análisis: intereses de las

mujeres, escenarios de participación y formas de abordaje; todas relacionadas directamente a la percepción de las mujeres.

La primera de las categorías se refiere a los intereses temáticos que tienen las mujeres con respecto a los factores endógenos y exógenos que las caracterizan. Dentro de los factores endógenos se plantea estudiar los conocimientos y prácticas saludables de las mujeres, sobre los factores exógenos se busca conocer qué les motiva a participar en proyectos comunales, a partir de lo observado e identificado en los grupos focales realizados. Según Contreras (2013) el concepto de estrategia se relaciona con conducir un evento que necesita de planificación y de conocimientos previos sobre el contexto, lo que se busca particularmente para la presente investigación: diseñar la estrategia desde las necesidades e intereses de las mujeres participantes.

En relación con los factores que motivan a las mujeres para el desarrollo de la actividad física, se observa cómo difieren algunas de las percepciones según cantón. En Alajuelita una de las motivaciones principales de las mujeres son sus hijos, mientras que Escazú las motivaciones giran alrededor de mantener su salud física y mental para sentirse y verse bien. En ambos cantones prevalece la importancia de desarrollar actividad física por salud, ya que genera una serie de factores protectores para la misma.

La OMS (1986) postula que “la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (p.1), con ello las personas tendrán la capacidad de identificar, realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente de ser necesario. La promoción de la salud fue la dirección principal de la estrategia, la cual contempla los intereses de las mujeres para así dirigir los contenidos temáticos y metodológicos de la misma.

Dentro de los principales intereses temáticos de las participantes se encuentran los relacionados con estilos de vida, ya que destaca una inclinación por conocer sobre alimentación saludable, realizar actividad física, trabajar sobre la salud mental y desarrollar actividades artísticas, crear vínculos con otras

madres, pero sobre todo recibir una educación en salud con temas que les posibilite tomar mejores decisiones sobre su salud. El desarrollo de aptitudes personales se relaciona con los intereses percibidos por las participantes, desde ésta línea de acción la Carta Ottawa (1986) plantea que el desarrollo de aptitudes se da en tanto se proporcione información, se lleve a cabo una educación sanitaria y se busque mejorar las aptitudes indispensables para la vida, aumentando así las opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio que la rodea.

En este contexto es conveniente entonces trabajar la estrategia de promoción de la salud desde la herramienta de educación para la salud por medio de los siguientes contenidos: actividad física por medio del baile, importancia de actividad física a nivel físico y mental, caminata como ejercicio ideal, hidratación pre, durante y post actividad física y pausas activas. Sobre alimentación saludable sería conveniente tratar la desmitificación de la economía dado a la percepción que existe en relación al costo de los alimentos procesados y naturales, asimismo el diseño de un plato saludable, métodos de cocción saludable, recetas saludables, consumo de agua, higiene y manipulación de alimentos, grasas y azúcares, alimentos funcionales, autoestima y manejo de emociones, los cuales se vinculan estrechamente con los estilos de vida y a la potenciación del conocimiento y adopción de prácticas saludables.

Al estudiar los criterios de selección y métodos de cocción de alimentos que predominan en las mujeres destaca la importancia de tratar estas temáticas desarrollando una intervención que promueva la salud desde temas interdisciplinarios con el objetivo de que los hábitos de selección y cocción de alimentos mejoren de forma considerable.

En Alajuelita hay dos aspectos relevantes por considerar; en primera instancia el factor económico predomina al elegir qué alimentos consumir en segunda instancia muchas de las madres alimentan a sus hijos según sean los gustos de estos. En Escazú, las mujeres toman en consideración aspectos que

denotan cierto grado de conocimiento y apego a las buenas prácticas de alimentación saludable.

En el tema nutricional se encuentran algunos vacíos en información y educación en ambos cantones, siendo más pronunciados en Alajuelita. Es de suma importancia dar un abordaje integral a esta situación, procurando facilitar herramientas a la población beneficiaria para que mantenga y mejore no solo su salud, sino la de su familia, a través de la estrategia de promoción de la salud.

Entre otros de los componentes, resalta el reconocimiento por parte de las mujeres sobre su participación en eventos pasados relacionados con su salud, así como al reconocimiento de espacios cantonales o comunales idóneos para el desarrollo de actividades, y al quehacer de las instituciones sobre temáticas saludables. No se identificó en las mujeres una participación en proyectos previos y tampoco un uso de espacios de espacios destinados a la actividad física. Una de las participantes mencionó que en San Rafael de Escazú la participación comunitaria es un tema bastante delicado, ya que las clases sociales se encuentran un poco más marcadas y los intereses y necesidades difieren no solo con otras comunidades, sino en el mismo distrito por lo que se debe abordar cuidadosamente. Es necesario que las instituciones a cargo de implementar la estrategia trabajen en el reforzamiento de la acción comunitaria, que es otra de las líneas de acción de la Carta Ottawa (OMS, 1986), donde se procura una participación efectiva y concreta de la comunidad en la elección de prioridades, toma de decisiones y elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud.

En Alajuelita las participantes tienen distintas percepciones sobre lo que es un programa o proyecto, cómo se aborda éste y sobre esta misma línea, cuál se relaciona con la salud y cuál no.

La estrategia de promoción de la salud debe contener una base sólida de conocimientos y corresponsabilidad por parte de los encargados. Es necesario un abordaje en la reorientación del servicio, bajo el entendido de que no solo será



trabajo de las instituciones directamente vinculadas con la salud, sino de todas las instituciones indirectamente vinculadas, los individuos y los gobiernos.

Una vez que se establezca una base ejecutora preparada, ésta deberá idear herramientas de mercadotecnia para que la estrategia sea proyectada, conocida y que tenga alcance para todas las mujeres que pueden verse beneficiadas, tomando en cuenta que los resultados de esta investigación apuntan a una baja participación y al desconocimiento sobre proyectos.

Se debe mejorar la inversión y planificación sobre proyectos educativos e informativos en temáticas relacionadas con mejorar la salud de las mujeres de ambos cantones. Se debe conocer sobre el interés y recursos de las instituciones o actores sociales de los cantones en estudio, para realizar un aprovechamiento de los recursos.

Entre otros de los componentes necesarios para el diseño de la estrategia, es conocer las metodologías de participación, el tipo de actividades, estrategias de convocatoria y condicionantes de la participación, desde la perspectiva de las mujeres participantes; con el fin de conocer no solo lo que les motiva o sus preferencias, sino procurando su comodidad y accesibilidad para una activa participación de actividades y proyectos pertenecientes a la estrategia. En Alajuelita las mujeres están interesadas en involucrar a su familia, en Escazú, las mujeres se muestran más interesadas por su individualidad como madres compartiendo con otras madres. En los Determinantes Sociales de la Salud interactúan "mecanismos sociales, económicos y políticos que dan lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas, mediante el cual la población se estratifica" (OMS, 2010, p.5); esto ayuda a comprender la complejidad de la salud y las percepciones que las personas tienen de ella de acuerdo con el contexto. El contexto podría explicar porqué las mujeres de Alajuelita se inclinan hacia el involucramiento de la familia, mientras que las mujeres de Escazú visualizan actividades más enfocadas a ellas. Partiendo del entendido que el contexto refiere a los aspectos socioeconómicos, físicos y ambientales entre otros en los que se encuentra una persona.

Las actividades que incluye la estrategia deberán planificarse y colocarse en agenda con antelación para cumplir con el criterio de ser programadas, deben ofrecerse de manera continua, se le debe dar seguimiento y se debe propiciar la participación de toda la familia.

La estrategia debe involucrar a las mujeres, haciéndolas sentir parte de las actividades, se debe facilitar información valiosa y proveer conocimientos relacionados con cada ámbito que engloba la salud como los contenidos temáticos identificados.

Es necesario proponer actividades para grupos grandes, donde se puede inferir que existe no solo un deseo por compartir y conocer más personas, sino por desarrollar más habilidades de las cuales pueden aprender de otras de sus compañeras participantes.

En Alajuelita hay una preferencia por participar en actividades que se desarrollen en horas de la tarde, mientras que en Escazú el horario nocturno se muestra más adecuado. Para la divulgación de actividades las redes sociales y las invitaciones cara a cara se mostraron como los medios más importantes.

Para Escazú se considera importante desarrollar la estrategia desde dos líneas de acción de la Carta Ottawa. La primera es el reforzamiento de la actividad comunitaria para dar uso a los recursos presentes y potenciar la participación social y empoderamiento en torno a la salud. La segunda es el desarrollo de aptitudes personales por medio de la educación para la salud para el abordaje de temas considerados importantes.

Para Alajuelita es importante dar un abordaje desde tres líneas de acción de la Carta Ottawa. La primera es la reorientación de los servicios, que incluye la capacitación, concienciación sobre responsabilidades que asumen en el papel de la salud, así como la innovación y generación de nuevas alternativas, actividades y/o intervenciones en salud. La segunda es el desarrollo de aptitudes personales por medio de la educación para la salud para el abordaje de temas considerados importante. La tercera es la creación de ambientes favorables, pensando en la

recuperación de espacios que han sido desestimados por la población debido a la delincuencia, falta de conocimiento y apropiación, para así generar espacios de recreación y participación social.

## CAPÍTULO V

### DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

#### 5.1. Introducción

La estrategia que aquí se presenta, se diseña en el marco del desarrollo del seminario de graduación para optar por el grado de licenciatura en Promoción de la Salud, titulado "Diseño de una estrategia de promoción de la salud para el abordaje de la obesidad en mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú: un análisis desde los determinantes estructurales e intermedios del modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud", la cual surge como una respuesta ante el análisis de los determinantes estructurales e intermedios de las mujeres de 25 a 45 años de Escazú y Alajuelita, durante el 2018-2019.

Esta estrategia busca trazar un marco general que direcciona el abordaje institucional a la situación de salud de las mujeres, específicamente, el abordaje integral de la obesidad, así como ser una herramienta que permita el desarrollo progresivo de acciones dirigidas a promover la salud de esta población.

Entendiendo que la obesidad responde a una situación de salud compleja debido a su multicausalidad; las acciones planteadas en esta estrategia deberán ser abordadas integralmente por los actores institucionales, entendiendo por integral al "conjunto de servicios de amplio alcance, abarcativos, complementarios y exhaustivos" (Laspiur, 2014, p.25), es decir sin limitarse a un área o sector.

Las instituciones involucradas no deben limitarse al sector salud, se necesita intersectorialidad y liderazgo comunal para generar empoderamiento, participación social y sostenibilidad en las acciones (Álvarez-Pérez, et al. 2010). De esta manera los aportes que las instituciones puedan realizar serán complementarios entre sí y por tanto se lograrán resultados más eficaces y eficientes.

## 5.2. Contextualización

Durante los últimos veinte años, los países de América Latina y el Caribe han experimentado un rápido incremento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad que afecta a toda la población sin importar su condición económica, su lugar de residencia o su origen étnico, con un impacto mayor en las mujeres (FAO y OPS, 2017).

Estas problemáticas en salud resultan ser de gran preocupación para la salud pública debido a que el sobrepeso y la obesidad funcionan como factor de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor énfasis en las enfermedades cardiovasculares.

En Costa Rica, las mujeres con edades comprendidas entre 20 y 45 años registran una prevalencia de obesidad del 66,6% (Ministerio de Salud, 2009). Asimismo, los resultados obtenidos de la encuesta de Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular del 2014 evidenciaron que, en comparación con los hombres, las mujeres en Costa Rica presentaban una mayor prevalencia de obesidad de (35,3% vs. 25,3%) y que entre los 40 y los 64 años la prevalencia de obesidad en las mujeres era aún mayor (44,2%) (CCSS, 2016).

En el ámbito local esta realidad es similar a la descrita anteriormente. En Alajuelita y Escazú, las mujeres de bajo nivel socioeconómico poseen una mayor prevalencia de obesidad (39%) en comparación con las mujeres de alto nivel socioeconómico (18%). (Bekelman, Santamaría-Ulloa, Dufour, Marín-Arias y Dengo, 2017). Los resultados obtenidos en este Seminario de Graduación evidencian que el 80% de las mujeres de Alajuelita y el 67% de las de Escazú, se encuentran con índices de sobrepeso y obesidad.

Resulta de gran importancia el dar prioridad a acciones que aborden este tipo de problemas en salud desde un nivel local, con el fin de promover la salud de las mujeres y de sus familias, y contribuir con la disminución de la prevalencia de la obesidad.

### **5.3. Rol de la Promoción de la Salud en la estrategia**

La presente propuesta parte de la conceptualización de la Promoción de la Salud como una estrategia para mejorar la salud, el bienestar y reducir las inequidades en salud (OMS, 2009), en la que se pueden desarrollar procesos en espacios de la vida cotidiana; que se enfoca de forma integral en la salud de las mujeres; y basada en el enfoque y análisis de los determinantes sociales de la salud, en este caso, los determinantes estructurales e intermedios.

Los determinantes sociales de la salud permiten observar diferencias entre los espacios en que se desenvuelven las personas, y su relación con el comportamiento de los indicadores de la situación de salud de la población. Álvarez-Pérez, et al. (2014), denominan dichas diferencias como desigualdades en salud que se desprenden de un proceso y que están ligadas a la formación económica social, fuerzas productivas y contradicciones entre clases sociales que determinan la obesidad.

La presente estrategia de promoción de la salud parte de la identificación de estas inequidades existentes en el cantón de Alajuelita y Escazú, para un abordaje de la obesidad que implica comprender la multicausalidad de ésta a través de un conjunto de acciones coordinadas y orientadas a direccionar el abordaje de la situación de salud de las mujeres, específicamente en lo que respecta a la obesidad.

### **5.4. Descripción de la estrategia Alajuelita**

Esta estrategia contempla la reorientación de servicios, el desarrollo de aptitudes personales y la creación de ambientes favorables, como líneas de acción a seguir, con el objetivo de fortalecer el accionar institucional dirigido a la población y potenciar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en cuanto a alimentación, actividad física, salud mental y roles de género.

Para la definición de estas líneas estratégicas por abordar se tomó como eje central los elementos y contenidos priorizados a partir del análisis realizado de los determinantes estructurales e intermedios de la salud de las mujeres de Alajuelita, a través de una metodología participativa, al combinar los intereses,

necesidades y potencialidades de las instituciones con las de las mujeres participantes.

#### **5.4.1. Marco Legal**

A nivel nacional se cuenta con un marco legal que ampara la importancia de abordar el sobrepeso y la obesidad. Asimismo, se enmarcan compromisos institucionales para realizar acciones para mejorar la salud desde la interinstitucionalidad y la cooperación de esfuerzos.

La Estrategia Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Obesidad plantea una serie de objetivos a los que se espera contribuir desde esta estrategia que se está planteando. Además, en la Estrategia Nacional se especifican cuáles instituciones son las responsables del seguimiento de las acciones estratégicas de cada objetivo, algunas de éstas son el Ministerio de Salud, las Municipalidades, los comités de deporte, el Ministerio de Educación Pública y la Caja Costarricense de Seguro Social.

Se espera que esta estrategia local contribuya a:

“Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ECNT fortaleciendo los factores protectores, con énfasis en los niños, las niñas, las y los adolescentes y los grupos vulnerables; mediante estrategias de promoción de la salud y mecanismos regulatorios; abordando los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud” (Ministerio de Salud, 2014).

“Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención de las ECNT en los servicios de salud, considerando sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado” (Ministerio de Salud, 2014).

La contribución de la estrategia que se está planteando con los objetivos de la estrategia nacional se puede visualizar al entender que todas las líneas estratégicas que se plantean para reducir la obesidad parten del análisis de los determinantes sociales de la salud buscando un abordaje desde promoción de la salud que fortalezca los factores protectores.

En el año 2011 se establece el Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021, el cual se ampara en la Política de Desarrollo del Deporte, Educación Física, Actividad Física y la Recreación, y el Plan Nacional de Salud 2010-2021. Dentro de los objetivos de este plan se encuentra el fortalecimiento de coordinaciones entre instituciones y sectores para realizar acciones que contribuyan a aumentar la actividad física, asimismo se busca proteger y mejorar el hábitat humano para mejorar la salud desde la recreación y la movilización de entornos (Ministerio de Salud y Ministerio de Deporte y Recreación, 2011).

Algunas de las instituciones con responsabilidades directas e indirectas para la ejecución de este plan son el Ministerio de Salud (MS), el Ministerio de Deporte y Recreación (MIDEPOR), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), la Red Costarricense de Actividad Física para la Salud (RECAFIS), el Ministerio de Educación Pública (MEP), entre otras.

#### **5.4.2. Fase filosófica**

##### **5.4.2.1. Misión**

Orientar acciones de promoción de la salud para el abordaje integral de la obesidad en mujeres de Alajuelita mediante la participación intersectorial.

##### **5.4.2.2. Visión**

Promover un cantón en el que las acciones sean responsabilidad de todos para que los individuos, familias y comunidades potencien su proceso de salud.

##### **5.4.2.3. Valores**

**Trabajo en equipo:** Es la cooperación y trabajo organizado para la ejecución de la estrategia, este valor es primordial al ser el único medio posible para llevarla a cabo.

**Compromiso:** Es esencial que todas las instituciones involucradas tenga un compromiso pleno y compartido sobre la responsabilidad en salud.



**Respeto:** Es la virtud de reconocer el valor e importancia de cada uno de los miembros dentro del proceso de planificación y ejecución de la estrategia, para armonizar y facilitar la interacción.

**Ética:** Es dirigir las acciones de la estrategia en un marco de respeto, justicia y bienestar hacia toda la población.

#### **5.4.2.4. Objetivo**

Orientar el abordaje integral de la obesidad tomando como referencia el análisis de los determinantes estructurales e intermedios de la salud para la promoción de la salud en las mujeres de Alajuelita.

#### **5.4.3. Fase de encuadre**

El ámbito de acción de la estrategia se plantea bajo tres ejes tridimensionales, correspondientes a: las poblaciones priorizadas, los entornos en los que actuará la estrategia y las líneas de promoción de la salud que la direccionarán.

- *Por poblaciones:* Mujeres de Alajuelita de 25 a 45 años.
- *Por entornos de actuación:*
  - Entorno comunitario: Cantón de Alajuelita.
  - Entorno individual: Familias.
  - Entorno institucional: Instituciones con interés por la temática, como Ministerio de Salud, Municipalidad, CCSS, Comité Cantonal de Deportes y Recreación, MEP, entre otras.
- *Por líneas de acción en promoción de la salud:*
  - Reorientación de servicios.
  - Desarrollo de aptitudes personales.
  - Creación de ambientes favorables.

##### **5.4.3.1. Líneas estratégicas**

Esta estrategia se basa en tres líneas de acción: reorientación de servicios, desarrollo de aptitudes personales y creación de ambientes favorables. Dentro de

cada línea de acción se hace uso de diferentes herramientas que involucran ejes temáticos para orientar su aplicación y ejecución.

- ***Reorientación de servicios.***

Esta línea contempla la responsabilidad de la promoción de la salud por parte de todos los servicios sanitarios. Las instituciones deben propiciar acciones sensibles a las necesidades culturales y comunales para potenciar una vida más sana. Las instituciones de carácter público y privado del cantón de Alajuelita deben trabajar de manera articulada por mejorar la salud comunitaria de la población, por medio una corresponsabilidad en materia sanitaria. Para lograrlo es fundamental canalizar la promoción de la salud como una responsabilidad compartida y propiciada desde el trabajo intersectorial.

#### *Herramienta*

La herramienta propuesta es la intersectorialidad y generación de alianzas, consiste en el trabajo coordinado y complementario de distintos sectores e instituciones del ámbito público, privado, no gubernamental, sociedad civil y gobierno local, mediante acciones destinadas a transformar la situación de salud de una población.

Las diferentes instituciones de Alajuelita deben concebir la salud de las mujeres como una responsabilidad mutua, donde sus acciones deben estar focalizadas y alineadas a partir del trabajo en red, bajo el entendido que la salud es compleja y dinámica. Por tanto, el trabajo aislado resulta ser insuficiente para crear impactos en salud.

#### *Ejes temáticos*

Como primer eje se propone la corresponsabilidad de la salud. Consiste en comprender institucional y organizacionalmente el deber con la salud comunitaria. Por tanto, es responsabilidad y deber de cada instancia asumir acciones en salud que sean gestionadas y orientadas al trabajo conjunto.

El segundo eje temático corresponde a la innovación en salud. Radica en construir metodologías innovadoras para lograr la participación y motivación al trabajo intersectorial.

- ***Desarrollo de aptitudes personales.***

Se refiere al desarrollo de aptitudes necesarias para que la población tenga un mayor control sobre su salud, por medio de educación para la salud. Es necesario que cada una de las organizaciones trabaje conjuntamente en esta línea. Mujeres educadas e informadas tienen mayor probabilidad de elegir procesos que favorezcan su salud.

Está línea de acción debe desarrollarse por medio de procesos educativos de carácter formal e informal, gestionados por medio de una corresponsabilidad institucional.

#### *Herramienta*

Se propone la educación en salud como una herramienta para el desarrollo de aptitudes personales, mediante técnicas y métodos novedosos que se ajusten a las necesidades e intereses de las mujeres. La educación en salud que se brinde puede ser de carácter formal o informal.

#### *Ejes temáticos*

Según las necesidades en salud de las mujeres es fundamental educar en materia de:

Actividad física: Realizar acciones que fomenten la práctica de actividad física de manera regular.

Alimentación: Fortalecer los conocimientos sobre alimentación saludable.

Salud mental: Promover acciones para mejorar el nivel de autoestima en la población.

Roles de género: Realizar acciones que fomenten la corresponsabilidad de tareas en el hogar.

- ***Creación de ambientes favorables.***

Se refiere al medio en que se desenvuelven las personas, lo físico, natural y las relaciones interpersonales. Los ambientes favorables deben orientarse a estimular el crecimiento individual y colectivo para crear vínculos de seguridad y emotividad dentro de los mismos.

La creación de ambientes favorables en Alajuelita se asocia a un componente natural y físico. Es necesario trabajar en la recuperación, promoción y seguridad de estos espacios, con el fin de estimular una participación activa de las mujeres en dichos ambientes y potenciar el empoderamiento de su salud.

#### *Herramienta*

Se propone la participación social como herramienta que facilita la creación de ambientes favorables. Implica acciones orientadas a crear una cultura participativa que potencie el ejercicio de derechos y deberes en diferentes escenarios.

En Alajuelita las mujeres consideran necesario tener una mayor apertura y acceso a espacios de recreación y esparcimiento, que sirvan de escenario para diferentes actividades que promuevan salud.

#### *Ejes temáticos*

Como primer eje se propone el trabajo en espacios de recreación. Consiste en asignar y apropiar lugares públicos que sirvan de escenario para múltiples actividades que fomenten la salud integral de las mujeres.

El segundo eje corresponde a las relaciones interpersonales. Constituye la forma en que las personas establecen relación con otras, influida por acontecimientos internos de la persona y por acontecimientos externos, como son las características de la interacción y del entorno en que se realiza. Se propone que las relaciones interpersonales se presenten como eje transversal dentro de las actividades y proyectos a realizarse en materia de salud en Alajuelita, puesto que

pueden generar redes de apoyo entre mujeres para incentivar la motivación y promoción de prácticas saludables.

El siguiente cuadro resume, lo mencionado anteriormente.

**Cuadro 9.** Encuadre de la estrategia. Alajuelita, 2019.

Cuadro 1. Fase de encuadre de la estrategia de promoción de la salud					
Objetivos	Líneas de acción de promoción de la salud	Herramientas fundamentales de promoción de la salud	Ejes temáticos	Escenarios de actuación	Población
Fortalecer el trabajo intersectorial y la corresponsabilidad en salud a través de la reorientación de servicios de salud.	Reorientación de servicios	Intersectorialidad y generación de alianzas	Corresponsabilidad de la salud Innovación en salud	Institucional	Instituciones
Promover la salud en las mujeres del cantón a través de la educación para la salud donde se desarrollen aptitudes personales.	Desarrollo de aptitudes personales	Educación para la salud	Actividad física Alimentación Salud mental Roles de género	Familiar	Mujeres de 25 a 45 años
Crear ambientes favorables por medio de la participación social de los sectores públicos, privados y mujeres del cantón.	Creación de ambientes favorables	Participación social	Recuperación de espacios públicos	Comunitario	Mujeres de 25 a 45 años Instituciones

Fuente: Elaboración propia

#### 5.4.3.2. Metodología

- Diseño

Para el proceso de formulación de la estrategia se contactó en un primer momento con actores sociales del sector público cuya labor se relaciona con la

salud, como punto estratégico para la generación de alianzas y compromisos que favorezcan la sostenibilidad futura de la estrategia.

En un segundo momento se llevó a cabo la recopilación de información mediante las técnicas cualitativas: entrevista semiestructurada a actores institucionales y grupo focal con madres de 25 a 45 años de los distritos Alajuelita y Concepción, así como por medio de la técnica cuantitativa: cuestionario a madres de 25 a 45 años de dichos distritos.

El tercer momento de la formulación de la estrategia, consistió en el análisis de datos, priorización de necesidades y generación de la propuesta donde se definieron su visión, misión, objetivo y líneas estratégicas, con lo que se delimitaron las fases y contenidos de ésta.

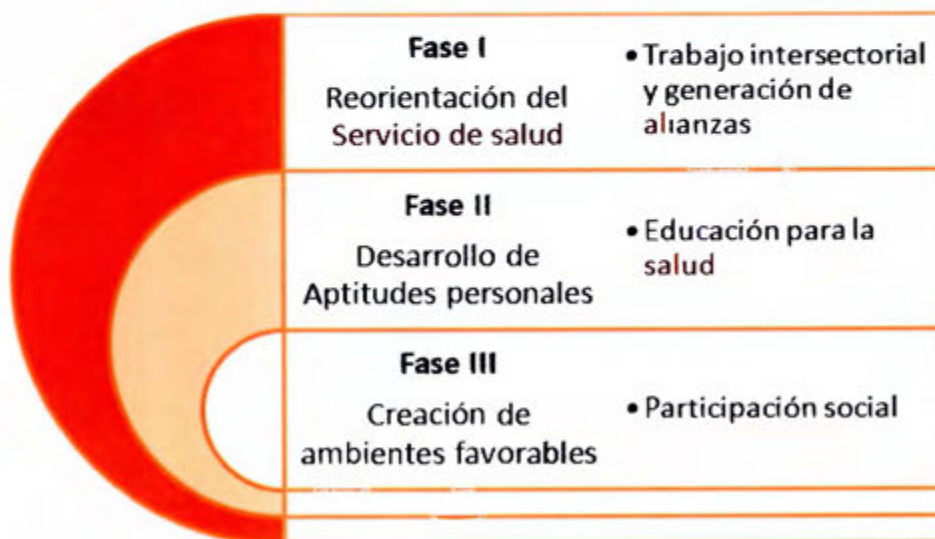
**Figura 2.** Proceso de formulación de la estrategia. Alajuelita, 2019.



- **Fase Implementación**

Se plantea la estrategia por medio de tres fases, las cuales corresponden a las líneas de acción que se presentan en la figura 3.

**Figura 3.** Fases de la estrategia. Alajuelita, 2019.



**Fuente:** Elaboración propia

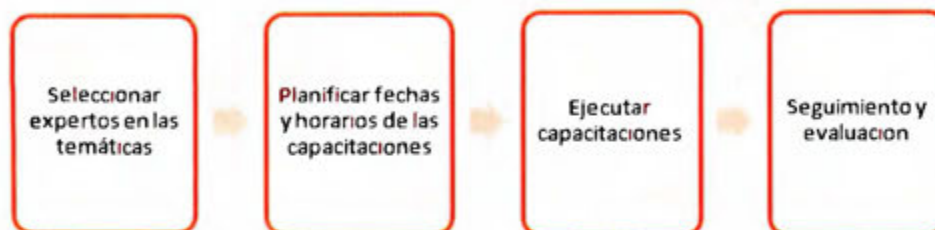
#### *Fase I. Reorientación del servicio*

Se plantea que las instituciones de atención en salud de carácter público y privado del cantón de Alajuelita trabajen de manera articulada por la salud comunitaria, donde se trascienda de la mera responsabilidad de ofrecer servicios clínicos y médicos y se propicie una orientación sensible a las necesidades culturales y comunales para potenciar una vida más sana.

Se propone que en esta fase se realicen esfuerzos importantes para generar espacios de capacitación a los actores que se encargarán de desarrollar la segunda y tercera fase de la estrategia.

Para llevar a cabo dichas capacitaciones es preciso desarrollar una serie de pasos que se muestran a continuación la figura 4.

**Figura 4.** Proceso de ejecución fase I.



**Fuente:** Elaboración propia

#### *Fase II. Desarrollo de aptitudes personales*

Según lo planteado para la segunda fase, es necesario que cada uno de los sectores involucrados haya interiorizado en la fase previa la importancia de trabajar conjuntamente para así fomentar el desarrollo de aptitudes personales en las mujeres del cantón.

Para trabajar cada eje temático es necesario realizar una planificación de las acciones o actividades por realizar para luego ejecutarlas.

Actividad física: Dentro de los contenidos que se consideran importantes de abarcar en las actividades planificadas se tiene:

Incentivar la práctica de actividad física de manera regular, es decir que se realice todos los días por un tiempo mínimo de 30 minutos.

Fomentar la importancia de actividad física a nivel físico y mental.

La hidratación pre, durante y post actividad física.

La práctica de pausas activas.

Entre las actividades recomendadas se propone incentivar la *actividad física* por medio del baile y las caminatas recreativas.



Alimentación: Se considera importante incluir dentro de las actividades de alimentación saludable los siguientes contenidos:

Desmitificación de la economía alimentaria, relacionada con dietas saludables a precios accesibles.

Métodos de cocción saludable e higiene y manipulación de alimentos.

La importancia del consumo de agua.

Inclusión de alimentos funcionales en la dieta diaria.

Entre las actividades recomendadas se propone generar espacios de enseñanza sobre recetas saludables y diseño de un plato saludable. Además, se propone promover los espacios existentes en la comunidad en donde se accede a alimentos saludables a un bajo costo como las ferias del agricultor.

Salud mental: Entre los contenidos a trabajar en la temática de salud mental se encuentra:

Conceptos de autoestima y cómo favorecerla.

Acciones que permitan conocerse y aceptarse a sí misma.

Fomento de relaciones interpersonales para mejorar la autoestima.

Roles de género: Los contenidos que se proponen para esta temática son:

Explicación de lo que conlleva la corresponsabilidad familiar en el hogar y consejos para hacer el cambio.

Beneficios de la corresponsabilidad en el hogar.

Desmitificación de los roles de género en el hogar.

Además, se propone que las acciones relacionadas con esta temática incluyan la participación de la familia.

*Fase III. Creación de ambientes favorables*

Para la tercera fase de la estrategia, se plantea la creación de ambientes favorables en el cantón de Alajuelita, para esto es preciso orientar acciones que estimulen no solo el uso sino también el mejoramiento los ambientes.

Dentro de las consideraciones para su desarrollo están:

1. Elaborar un diagnóstico situacional en el que se identifiquen los tipos de espacios y las características con las que cuentan. Por ejemplo, descripción de los espacios seguros, las zonas verdes, las áreas de juego, la accesibilidad de cada espacio y su ubicación.
2. Programación de actividades, definición de orientaciones y sus principios.
3. Formulación de actividades y sus respectivos objetivos: Se recomienda que las acciones planificadas tomen en cuenta el fortalecimiento de la recreación por medio de diversas actividades como las manualidades. Además, que las actividades planificadas ayuden al fortalecimiento de las relaciones interpersonales.
4. Buscar financiamiento de ser requerido.
5. Ejecución y evaluación llevados a cabo paralelamente.

#### **5.4.3.3. Consideraciones metodológicas**

Según lo identificado en las consultas realizadas a las mujeres de Alajuelita, se recomienda tomar en cuenta las siguientes consideraciones.

##### *Mecanismos de convocatoria*

Uso de redes sociales, invitación cara a cara o anuncios en carteles o vallas publicitarias. Además, se recomienda extender las convocatorias por medio de iglesias y organizaciones religiosas.

##### *Horarios estratégicos*

Se recomienda desarrollar actividades en horas de la tarde, no obstante, se aconseja realizar un sondeo antes de establecer algún horario.

##### *Lugares estratégicos*

Dentro de los lugares recomendados destacan:

El parque, canchas deportivas, salones comunales, plazas y estadio municipal.

#### **5.4.3.4. Seguimiento y evaluación**

La evaluación es el insumo más importante para conocer las maneras en las que se debe mejorar para futuras acciones, ya que por medio de este “se trata de determinar la pertinencia de sus objetivos y su grado de realización, la eficiencia en cuanto a la acción social, la eficacia, el impacto y la viabilidad” (Acción social, 2003, p. 20). Por lo tanto, se propone aplicar seguimiento y evaluación a la estrategia, tomando en cuenta las siguientes recomendaciones.

##### *Seguimiento*

Se recomienda dar seguimiento a las tareas que se asignen a cada actor institucional. Este sistema debe realizarse tanto para el momento de planificación, como para el de ejecución y evaluación. Este sistema deberá comprender cada tarea por hacer, el plazo máximo para cumplir con la tarea y las personas responsables

Para la etapa de ejecución de actividades, se puede optar por la generación de indicadores que faciliten el monitoreo del cumplimiento de las acciones.

A partir de lo propuesto por Acción Social (2003) se describen consideraciones para realizar indicadores, estos deben estar asociados a algún objetivo de la estrategia, deben reflejar hechos, la información debe ser fácil de obtener y debe ser verosímil, es decir que los cambios registrados puedan atribuirse directamente a los efectos de la acción ejecutada.

##### *Evaluación*

Se propone realizar una evaluación durante la ejecución de la estrategia y posterior a esta.

La evaluación durante la ejecución se realiza para conocer los resultados de manera inmediata y permite detectar los puntos de mejora en la planificación y

ejecución de las actividades que se llevan a cabo por cada línea estratégica a trabajar.

La evaluación ex-post se puede realizar al terminar todas las acciones y actividades propuestas por cada línea estratégica; o bien al terminar con toda la ejecución de la estrategia, con el fin de generar insumos para mejorar la planificación y ejecución de futuras acciones similares.

Para aumentar la probabilidad de éxito de la estrategia, se recomienda evaluar las actividades previo a tomar decisiones, por lo que se propone tomar en cuenta los siguientes aspectos: número de participantes; edad, importancia y consideraciones de mejora según los participantes; y así como pertinencia de la actividad para el cumplimiento de los objetivos.

Se recomienda realizar la evaluación al finalizar cada actividad para así lograr que cumpla su propósito. Posteriormente se deberá sistematizar los resultados y contrastarlos con los objetivos planteados.

## **5.5. Descripción de la estrategia Escazú**

Esta estrategia contempla el desarrollo de aptitudes personales y el reforzamiento de acción comunitaria, como líneas de acción a seguir, enfocadas en la actividad física, alimentación, salud mental, manejo del tiempo, aprovechamiento de espacios públicos y extensión e innovación de programas para las mujeres.

Para la definición de las líneas estratégicas por abordar en Escazú, se tomó como eje central los elementos y contenidos priorizados a partir del análisis previo de los determinantes estructurales e intermedios de la salud de las mujeres de Escazú, a través de una metodología participativa que combina los intereses, necesidades y potencialidades de las instituciones y mujeres participantes.

### **5.5.1. Marco Legal**

A nivel nacional se cuenta con un marco legal que ampara la importancia de abordar el sobrepeso y la obesidad. Asimismo, se enmarcan compromisos

institucionales para realizar acciones para mejorar la salud desde la interinstitucionalidad y la cooperación de esfuerzos.

La Estrategia Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Obesidad plantea una serie de objetivos a los que se espera contribuir desde esta estrategia que se está planteando. Además, en la Estrategia Nacional se especifican cuáles instituciones son las responsables del seguimiento de las acciones estratégicas de cada objetivo, algunas de éstas son el Ministerio de Salud, las Municipalidades, los comités de deporte, el Ministerio de Educación Pública y la Caja Costarricense de Seguro Social.

Se espera que esta estrategia local contribuya a:

“Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ECNT fortaleciendo los factores protectores, con énfasis en los niños, las niñas, las y los adolescentes y los grupos vulnerables; mediante estrategias de promoción de la salud y mecanismos regulatorios; abordando los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud” (Ministerio de Salud, 2014).

“Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención de las ECNT en los servicios de salud, considerando sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado” (Ministerio de Salud, 2014).

La contribución de la estrategia que se está planteando con los objetivos de la estrategia nacional se puede visualizar al entender que todas las líneas estratégicas que se plantean para reducir la obesidad parten del análisis de los determinantes sociales de la salud buscando un abordaje desde promoción de la salud que fortalezca los factores protectores.

En el año 2011 se establece el Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021, el cual se ampara en la Política de Desarrollo del Deporte, Educación Física, Actividad Física y la Recreación, y el Plan Nacional de Salud 2010-2021. Dentro de los objetivos de este plan se encuentra el fortalecimiento de coordinaciones entre instituciones y sectores para realizar acciones que contribuyan a aumentar la actividad física, asimismo se busca proteger y mejorar

el hábitat humano para mejorar la salud desde la recreación y la movilización de entornos (Ministerio de Salud y Ministerio de Deporte y Recreación, 2011).

Algunas de las instituciones con responsabilidades directas e indirectas para la ejecución de este plan son el Ministerio de Salud (MS), el Ministerio de Deporte y Recreación (MIDEPOR), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), la Red Costarricense de Actividad Física para la Salud (RECAFIS), el Ministerio de Educación Pública (MEP), entre otras.

La Red Costarricense de Actividad Física para la Salud (RECAFIS), en la cual se inserta esta estrategia, nace con el fin de promover la salud y la calidad de vida. Por lo que sus acciones se centran en contribuir con la reducción de las enfermedades no transmisibles, la disminución del consumo de drogas y alcohol y la violencia social" (Ministerio de Salud, 2018).

## **5.5.2. Fase filosófica**

### **5.5.2.1. Misión**

Orientar acciones de promoción de la salud para el abordaje integral de la obesidad en mujeres de Escazú mediante la participación intersectorial.

### **5.5.2.2. Visión**

Promover un cantón en el que las acciones sean responsabilidad de todos para que los individuos, familias y comunidades potencien su proceso de salud.

### **5.5.2.3. Valores**

**Trabajo en equipo:** Es la cooperación y trabajo organizado para la ejecución del la estrategia, este valor es primordial al ser el único medio posible para llevarla a cabo.

**Compromiso:** Es esencial que todas las instituciones involucradas tenga un compromiso pleno y compartido sobre la responsabilidad en salud.

**Respeto:** Es la virtud de reconocer el valor e importancia de cada uno de los miembros dentro del proceso de planificación y ejecución de la estrategia, para armonizar y facilitar la interacción.

**Ética:** Es dirigir las acciones de la estrategia en un marco de respeto, justicia y bienestar hacia toda la población.

#### **5.5.2.4. Objetivo**

Orientar el abordaje integral de la obesidad tomando como referencia el análisis de los determinantes estructurales e intermedios de la salud para la promoción de la salud en las mujeres de Escazú.

#### **5.5.3. Fase de encuadre**

El ámbito de acción de la estrategia se plantea bajo tres ejes tridimensionales, correspondientes a: las poblaciones priorizadas, los entornos en los que actuará la estrategia y las líneas de promoción de la salud que la direccionarán.

- *Por poblaciones:* Mujeres de Escazú de 25 a 45 años
- *Por entornos de actuación:*
  - Entorno institucional: RECAFIS.
  - Entorno comunitario: Cantón de Escazú.
  - Entorno individual: Familias.
- *Por líneas de acción en promoción de la salud:*
  - Reforzamiento de la acción comunitaria.
  - Desarrollo de aptitudes personales.

##### **5.5.3.1. Líneas estratégicas**

Esta estrategia se basa en dos líneas de acción: reforzamiento de acción comunitaria y desarrollo de aptitudes personales. Dentro de cada línea de acción se hace uso de diferentes herramientas que involucran ejes temáticos para orientar su aplicación y ejecución.

- ***Reforzamiento de acción comunitaria***

La esencia de esta línea de acción radica en el fortalecimiento de las organizaciones representativas de la comunidad. Para esto se promueve la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la ejecución de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel en salud.

#### Herramienta

La herramienta propuesta es la Intersectorialidad y generación de alianzas, consiste en el trabajo coordinado y complementario de distintos sectores e instituciones del ámbito público, privado, no gubernamental, sociedad civil y gobierno local, mediante acciones destinadas a transformar la situación de salud de una población.

#### Ejes temáticos

Como primer eje se propone extender programas a otros sectores geográficos. Las mujeres de Escazú consideran que a pesar de que existen muchos eventos relacionados a la salud, estos se concentran en el centro de Escazú. Se recomienda tomar en consideración otras comunidades y sectores del cantón.

El segundo eje por trabajar es divulgar programas de innovación. Consiste en construir metodologías innovadoras para lograr la participación y motivación al trabajo intersectorial.

- ***Desarrollo de aptitudes personales***

Se refiere al desarrollo de aptitudes necesarias para que la población tenga un mayor control sobre su salud, por medio de educación para la salud. Es necesario que cada una de las organizaciones trabaje conjuntamente en esta línea. Mujeres educadas e informadas tienen mayor probabilidad de elegir procesos que favorezcan su salud.



Esta línea de acción debe desarrollarse por medio de procesos educativos de carácter formal e informal, gestionados por medio de una corresponsabilidad institucional.

### Herramienta

Se propone la educación en salud como una herramienta para el desarrollo de aptitudes personales, mediante técnicas y métodos novedosos que se ajusten a las necesidades e intereses de las mujeres. La educación en salud que se brinde puede ser de carácter formal o informal.

### Ejes temáticos

Según las necesidades en salud de las mujeres es fundamental educar en materia de:

**Actividad física:** Realizar acciones que fomenten la práctica de actividad física de manera regular.

**Alimentación:** Fortalecer los conocimientos sobre alimentación saludable.

**Salud mental:** Promover acciones para mejorar el nivel de autoestima en la población.

**Manejo del tiempo:** Realizar acciones para que la población mejore la distribución de su tiempo e incluya hábitos saludables dentro de su rutina.

**Cuadro 10.** Encuadre de la estrategia. Escazú, 2019.

Cuadro 1. Fase de encuadre de la estrategia de promoción de la salud					
Objetivos	Líneas de acción de promoción de la salud	Herramientas fundamentales de promoción de la salud	Ejes temáticos	Escenarios de actuación	Población
Fortalecer la participación activa de diversos sectores y población para el ejercicio de un mayor control sobre la salud.	Reforzamiento de acción comunitaria	Participación social	Aprovechamiento de espacios públicos	Comunitario	Mujeres y actores sociales
		Intersectorialidad y generación de alianzas	Extensión programas a otros sectores Divulgación de programas Innovación	Institucional	RECAFIS
Promover la salud en las mujeres del cantón a través de la educación para la salud donde se desarrollen aptitudes personales.	Desarrollo de aptitudes personales	Educación para la salud	Actividad física Alimentación Salud mental Manejo del tiempo	Familiar	Mujeres de 25 a 45 años

Fuente: Elaboración propia

### 5.5.3.2. Metodología

- **Fase Diseño**

Para el proceso de formulación de la estrategia se contactó en un primer momento con actores sociales del sector público cuya labor se relaciona con la salud, como punto estratégico para la generación de alianzas y compromisos que favorezcan la sostenibilidad futura de la estrategia.

En un segundo momento se llevó a cabo la recopilación de información mediante las técnicas cualitativas: entrevista semiestructurada a actores institucionales y grupo focal con madres de 25 a 45 años de los distritos San Miguel y San Rafael, así como por medio de la técnica cuantitativa: cuestionario a madres de 25 a 45 años de los distritos mencionados anteriormente.

El tercer momento de la formulación de la estrategia, consistió en el análisis de datos, priorización de necesidades y generación de la propuesta donde se

definieron su visión, misión, objetivo y líneas estratégicas, con lo que se delimitaron las fases y contenidos de ésta.

**Figura 5.** Proceso de formulación de la estrategia. Escazú, 2019.



Fuente: Elaboración propia

- **Fase Implementación**

Se plantea la estrategia por medio de dos fases:

La primera plantea el reforzamiento comunitario por medio del trabajo intersectorial y la participación social.

La segunda fase contempla el Desarrollo de aptitudes personales por medio de la educación en salud.

Figura 6. Fases de la estrategia. Escazú, 2019.

Figura 2. Proceso de trabajo de la Estrategia

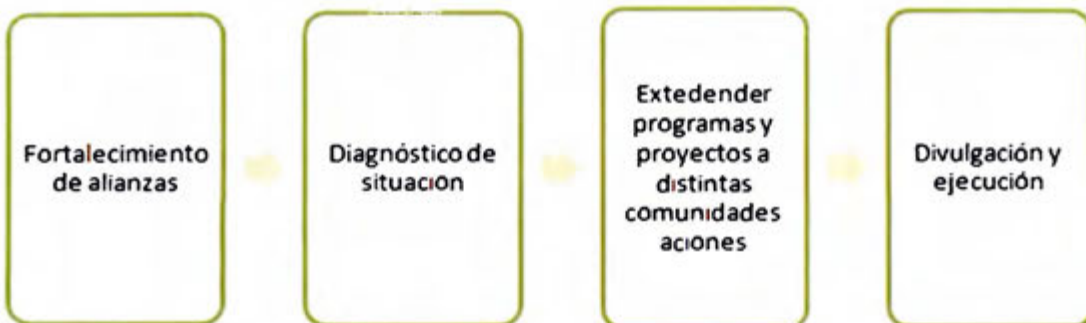


Fuente: Elaboración propia

#### *Fase I. Reforzamiento de la acción comunitaria*

Se propone incentivar la participación de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y en la ejecución de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. Se plantea cuatro grandes pasos para alcanzar el reforzamiento comunitario, como se muestra a continuación:

Figura 7. Proceso de ejecución fase I



Fuente: Elaboración propia

- Fortalecimiento de alianzas

Se plantean tres acciones concretas

- ✓ Incluir otros sectores que fortalezcan los programas y acciones dirigidos a las mujeres, se recomienda generar alianzas con sectores privados como cadenas alimenticias y empresas que muestren interés en el tema para facilitar espacios que incentiven las practicas saludables.
- ✓ Incorporar grupos comunitario tanto en la planificación como ejecución de las actividades a realizar para que los planes, programas o proyectos tengan un mayor alcance en la salud integral de las mujeres.

- Diagnóstico de la situación

Se necesario identificar los sectores o espacios con menor intervención en salud, priorizarlo de acuerdo con sus necesidades y definir las acciones oportunas para alcanzar un bienestar integral.

- Extender programas y proyectos

Se recomienda contextualizar los programas existentes a otros sectores comunales con características similares para ampliar las acciones por medio de un uso racional de los recursos.

- Divulgación y ejecución

Consiste en la puesta en marcha de las acciones planificadas y coordinadas desde el trabajo intersectorial.

### *Fase II. Desarrollo de aptitudes personales*

Según lo planteado para la segunda fase, es necesario que cada uno de los sectores involucrados haya interiorizado en la fase previa la importancia de trabajar conjuntamente para así fomentar el desarrollo de aptitudes personales en las mujeres del cantón.

Para trabajar cada eje temático es necesario realizar una planificación de las acciones o actividades por realizar para luego ejecutarlas.

Actividad física: Dentro de los contenidos que se consideran importantes de abarcar en las actividades planificadas se tiene:

Incentivar la práctica de actividad física de manera regular, es decir que se realice todos los días por un tiempo mínimo de 30 minutos.

Fomentar la importancia de actividad física a nivel físico y mental.

La hidratación pre, durante y post actividad física.

La práctica de pausas activas.

Entre las actividades recomendadas se propone incentivar la actividad física por medio del baile y las caminatas recreativas.

Alimentación: Se considera importante incluir dentro de las actividades de alimentación saludable los siguientes contenidos:

Desmitificación de la economía alimentaria, relacionada con dietas saludables a precios accesibles.

Métodos de cocción saludable e higiene y manipulación de alimentos.

La importancia del consumo de agua.

Inclusión de alimentos funcionales en la dieta diaria.

Entre las actividades recomendadas se propone generar espacios de enseñanza sobre recetas saludables y diseño de un plato saludable. Además, se propone promover los espacios existentes en la comunidad en donde se accede a alimentos saludables a un bajo costo, como ferias del agricultor.

Salud mental: Entre los contenidos a trabajar en la temática de salud mental se encuentra:

Conceptos de autoestima y cómo favorecerla.

Acciones que permitan conocerse y aceptarse a sí misma.

Fomento de relaciones interpersonales para mejorar la autoestima.

Manejo del tiempo: Se proponen como contenidos:

El establecimiento de prioridades para cuidar mi salud.

La planificación de actividades durante la semana.

### **5.5.3.3. Consideraciones metodológicas**

Según lo identificado en las consultas realizadas a las mujeres de Escazú, se recomienda tomar en cuenta las siguientes consideraciones.

#### *Mecanismos de convocatoria*

Se recomienda utilizar las redes sociales, invitación cara a cara o anuncios en carteles y/o vallas publicitarias.

#### *Horarios estratégicos*

Por tema de conveniencia las mujeres consultadas recomiendan desarrollar actividades en horario nocturno. Sin embargo, se recomienda hacer un sondeo previo dependiendo de las actividades y el distrito.

#### *Lugares estratégicos*

Dentro de los lugares recomendados destacan:

- Las plazas
- Parques
- Salones comunales
- Áreas verdes
- Espacios de centros educativos o iglesias
- Plazas o espacios dentro de los centros comerciales.

#### **5.5.3.4. Seguimiento y evaluación**

La evaluación es el insumo más importante para conocer las maneras en las que se debe mejorar para futuras acciones, ya que por medio de este "se trata de determinar la pertinencia de sus objetivos y su grado de realización, la eficiencia en cuanto a la acción social, la eficacia, el impacto y la viabilidad" (Acción social, 2003, p. 20). Por lo tanto, se propone aplicar seguimiento y evaluación a la estrategia, tomando en cuenta las siguientes recomendaciones.

##### *Seguimiento*

Se recomienda dar seguimiento a las tareas que se asigne a cada actor institucional. Este sistema debe realizarse tanto para el momento de planificación, como para el de ejecución y evaluación. Este sistema deberá comprender cada tarea por hacer, el plazo máximo para cumplir con la tarea y las personas responsables.

Para la etapa de ejecución de actividades, se puede optar por la generación de indicadores que faciliten el monitoreo del cumplimiento de las acciones.

A partir de lo propuesto por Acción Social (2003) se describen consideraciones para realizar indicadores, estos deben estar asociados a algún objetivo de la estrategia, deben reflejar hechos, la información debe ser fácil de obtener y debe ser verosímil, es decir que los cambios registrados puedan atribuirse directamente a los efectos de la acción ejecutada.

##### *Evaluación*

Se propone realizar una evaluación durante la ejecución de la estrategia y posterior a esta. Ésta se realiza para conocer los resultados de manera inmediata y permite detectar los puntos de mejora en la planificación y ejecución de las actividades que se llevan a cabo por cada línea estratégica a trabajar.

La evaluación ex-post se puede realizar al terminar todas las acciones y actividades propuestas por cada línea estratégica; o bien al terminar con toda la ejecución de la estrategia, con el fin de generar insumos para mejorar la planificación y ejecución de futuras acciones similares.



Para aumentar la probabilidad de éxito de la estrategia, se recomienda evaluar las actividades previo a tomar decisiones, por lo que se propone tomar en cuenta los siguientes aspectos: número de participantes; edad, importancia y consideraciones de mejora según los participantes; y así como pertinencia de la actividad para el cumplimiento de los objetivos.

Se recomienda realizar la evaluación al finalizar cada actividad para así lograr que cumpla su propósito. Posteriormente se deberá sistematizar los resultados y contrastarlos con los objetivos planteados.

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El último capítulo incorpora las conclusiones y recomendaciones generadas a partir de la discusión de los resultados, el diseño y construcción de la estrategia de Promoción de Salud.

Las conclusiones planteadas se dan de acuerdo con los objetivos planteados en la investigación, mientras que las recomendaciones surgen a partir de los resultados y experiencias vividas en el proceso.

#### 6.1. Conclusiones

Las estrategias propuestas para abordar la obesidad en cada cantón toman en cuenta la complejidad de la obesidad y los multifactores que intervienen en su prevalencia, así como las capacidades y recursos institucionales que permiten la atención integral de la problemática desde acciones que se desarrollan a partir de la promoción de la salud que tienen como objetivo contribuir al mejoramiento del proceso de salud de la población.

##### **Objetivo 1.** Determinantes estructurales de la salud.

- Dentro del marco de los determinantes estructurales, se observó una relación entre el cambio del uso del suelo, la condición de pobreza y los procesos migratorios con la sobrepoblación, lo cual limita el acceso y cobertura de los servicios ofertados por las instituciones.
- Se considera la inseguridad como un obstáculo para el desarrollo humano ya que, limita las posibilidades individuales y colectivas de desarrollar prácticas saludables en espacios públicos y condiciona la participación social de las mujeres.
- El débil accionar institucional hacia las mujeres se refleja en la limitada oferta de actividades, la cual está centrada en su mayoría en niños, jóvenes y adultos mayores o no responde al contexto en el que se desenvuelven las mujeres.
- Es necesario capacitar a los actores sociales sobre la legislación en salud vinculante a estilos de vida saludable.

- El determinante económico, se hace presente en ambos cantones de estudio, al condicionar la elección del lugar de compra y tipo de alimento, a esto se le suma el ritmo de vida acelerado en el que están inmersas las poblaciones urbanas, donde la selección, elaboración y consumo de los alimentos son acordes a un estilo de vida que busca la rapidez y la facilidad; necesidades que los procesos de globalización han logrado responder.
- Existe recurso humano en ambos cantones, que permite ofertar una amplia gama de acciones comunitarias que impactan la salud de la población, la inter-institucionalidad es clave para lograr mejores resultados y ampliar la cobertura de los beneficiados.

#### **Objetivo 2.** Determinantes intermedios de la salud.

- Existen inequidades que producen que el cantón de Alajuelita se encuentre en desventaja comparado con Escazú. Alajuelita presenta indicadores más desfavorables en cuanto a nivel socioeconómico, autoestima, interacción social, horas de sueño, práctica de actividad física y alimentación saludable, y en consecuencia presenta mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad.
- En el marco de los determinantes intermedios, se encontró que fomentar la práctica de actividad física es una de las acciones prioritarias para disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Para lograrlo se deben tomar en cuenta los factores que motivan a las mujeres y el aprovechamiento de espacios físicos que fomenten ambientes saludables.
- El nivel de conocimiento sobre alimentación saludable es insuficiente en cuanto a porciones y contenido nutricional de los alimentos. Esto influye en las actitudes no favorables e impactan la práctica de alimentación saludable.
- La autoestima debe ser un tema por trabajar interinstitucionalmente, puesto que representa un problema en salud en ambos cantones.

- El uso de la tecnología contribuye a la creación de ambientes obesogénicos, al ser obstaculizador en la práctica de actividad física.
- La falta de tiempo es el principal obstáculo para la participación en actividades sociales y familiares, así como para la práctica de estilos de vida saludable.

**Objetivo 3.** Elementos y contenidos de la estrategia de promoción de la salud.

- En el marco de una estrategia, a las mujeres de Alajuelita les interesa involucrar a su familia en las actividades que realicen. En ambos cantones las mujeres consideran importante conocer sobre alimentación, realizar actividad física y mejorar su salud mental.
- La participación en actividades o proyectos comunitarios es más limitada en Alajuelita que Escazú. Quienes realizan actividad física en Alajuelita lo hacen por su propia cuenta, mientras que en Escazú se identifican más actividades o proyectos destinados a la población.
- En ambos cantones se reconoce la importancia de extender proyectos a distintas comunidades del cantón. Las participantes mencionan que muchas veces deben desplazarse hasta el centro para participar de actividades o hacer uso de espacios que permitan la recreación.
- A las mujeres les interesa participar de actividades que sean programadas, que sean continuas, que les permita compartir con grupos grandes y que se realicen en horarios flexibles. En Alajuelita los horarios de preferencia son entre semana y por la tarde. En Escazú los horarios de preferencia son en las noches si es entre semana, o en las mañanas si es fines de semana.
- Las metodologías de mayor preferencia para las mujeres son las educativas, por medio de talleres o ferias en las que se potencien conocimientos.
- Las redes sociales son los principales medios que reconocen las madres como estrategia de convocatoria, seguido por la invitación cara a cara y la colocación de carteles en puntos estratégicos.

- En Escazú se percibe la necesidad de trabajar principalmente en el sobre reforzamiento de la acción comunitaria y el desarrollo de aptitudes personales.
- En Alajuelita se reconoce la importancia de abordar la reorientación de servicios en salud, el desarrollo de aptitudes personales y la creación de ambientes favorables.

## 6.2. Recomendaciones

Si bien, realizar cambios estructurales requiere de un trabajo más macro y a largo plazo, se recomienda:

- Promover los conocimientos, actitudes y prácticas en las mujeres, para fortalecer la toma de decisiones en temas que atañen a su salud, compensando en alguna medida, la influencia que puede tener un determinante estructural.
- Tomar la estrategia como una oportunidad para fortalecer la intersectorialidad, dado que, durante el proceso de planificación, ejecución y evaluación de esta estrategia se requieren destrezas gerenciales como el trabajo en equipo, la comunicación y la negociación entre instituciones.
- Innovar y ampliar la oferta de servicios dirigidos hacia las mujeres, donde se tomen en cuenta su contexto y realidad de vida para lograr una mayor participación social.
- Favorecer la recuperación de espacios públicos mediante la participación social y el empoderamiento, incidiendo en los niveles de inseguridad para aumentar prácticas saludables.
- Tomar siempre como punto de partida las técnicas de investigación para conocer las necesidades de la población y así plantear una respuesta de intervención que se acerque más a los intereses de su población meta.

Para mejorar los procesos de investigación en la carrera de Licenciatura en Promoción de la Salud se recomienda:

- Promover la investigación que involucre distintas unidades académicas para fortalecer la interdisciplinariedad y obtener estudios en que se visualice la salud desde sus determinantes sociales.
- Incentivar la modalidad de seminario como trabajo final de graduación, debido a que facilita espacios de discusión, reflexión y análisis en equipo para lograr una mejor comprensión de las necesidades en salud.
- Promover la divulgación de los resultados de investigación, para que funcionen como insumos para el mejoramiento de la salud de la población.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2019). *Grupos etarios*. Recuperado de <https://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/es/areas-de-trabajo/practicas-culturales/grupos-etarios>

- Alvarado-Sánchez, A., Guzmán-Benavides, E., González-Ramírez, M. (2005). Obesidad: ¿baja autoestima? intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (2), 417-428
- Álvarez-Castaño L, Pérez-Isaza E. (2013). *Situación alimentaria y nutricional en Colombia desde la perspectiva de los determinantes sociales de salud de la salud*. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia, 2(15), 203-214.
- Álvarez-Dongo D, Sánchez-Abanto J, Gómez-Guizado G, Tarqui-Mamani C. (2012). Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). *Revista Peruana Medicina y Salud Pública*, 29(3), 303-13. Recuperado de <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2012.v29.n3.a3.pdf>
- Álvarez, A., Luis, I., Maldonado, G., Romero Placeres, M., Bonet Gorbea, M., Lage Dávila, C., De Vos, P y Van derStuyft, P (2014). Evidencias actuales en las propuestas de intervención local para el estudio y manejo de los determinantes sociales de la salud en la población cubana. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 52 (2). Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=53c60a83-c724-4a5c-831c-4879482ad4e7%40sessionmgr4006>
- Barrantes, R. (2013). *Investigación: Un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo, cuantitativo y mixto*. San José, Costa Rica. EUNED.
- Bekelman, T., Santamaría-Ulloa, C., Dufour, D., Dengo, A. (2016). Perceptions of food availability and self-reported dietary intake in urban Costa Rican women: A Pilot Study. *Población y Salud en Mesoamérica* 13(2). doi: <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v13i2.22164>
- Bekelman, T., Santamaría-Ulloa, C., Dufour, D., Marín-Arias, L., Dengo, A. (2017). *Using the protein leverage hypothesis to understand socioeconomic variation in obesity*. *American Journal of Human Biology*, 29(3).

- Bender RL, Dufour DL, Valenzuela LO, Cerling TE, Sponheimer M, Reina JS, Ehleringer JR. 2015. Stable isotopes (carbon, nitrogen, sulfur), diet, and anthropometry in urban Colombian women: Investigating socioeconomic differences. *American Journal of Human Biology* 27(2):207–218.
- Bojorge-Martínez, A. (2016). *Los patrones de comunicación familiar y su impacto en la promoción de la dieta correcta y la activación física en la adolescencia*. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO. Recuperado de <https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/4391/Los+patrones+de+comunicaci%F3n+familiar+y+su+impacto+en+la+promoci%F3n+de+la+dieta+correcta+y+la+activaci%F3n+f%EDsica+en+la+adolescencia.pdf;jsessionid=E44E93080A464E2E90A591BA7C04E265?sequence=3>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular: Segunda encuesta 2014*. San José: Costa Rica. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS). Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/informesdegestion/encuesta2014.pdf>
- Chacón-Tunjo, N y Shaw-Aguilar, S. (2015). *Características socioculturales que orientan el consumo de comidas rápidas y comidas rápidas saludables en jóvenes universitarios de la ciudad de Bogotá*. Recuperado de <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/507/Caracteristicas%20socioculturales%20que%20orientan%20el%20consumo%20de%20comidas%20rapidas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chamorro, Rodrigo A, Durán, Samuel A, Reyes, Sussanne C, Ponce, Rosemarie, Algarín, Cecilia R, & Peirano, Patricio D. (2011). La reducción del sueño como factor de riesgo para obesidad. *Revista médica de Chile*, 139(7), 932-940. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000700017>
- Chinnock, A. (2008). Validation of a diet history questionnaire for use with Costa Rican adults. *PublicHealthNutr.*, 11, 65-75.
- COMISCA. (2013). *Estrategia para la prevención del sobrepeso y obesidad en la niñez y adolescencia de Centroamérica y República Dominicana, 2014-*



2025. Recuperado de [http://copal.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/201406-comisca-estrategia\\_obesidad.pdf](http://copal.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/201406-comisca-estrategia_obesidad.pdf)
- Consejo Nacional de Migración. (2013). *Política Migratoria Integral para Costa Rica*. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9485.pdf>
- Contreras, E. (2013). *El concepto de estrategia como fundamento de la planeación estratégica*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/646/64629832007.pdf>
- Coopesana. (2017). *Análisis de Situación Integral en Salud*
- Cruz, M., Tuñón, E., Villaseñor, M., Álvarez, G., Nigh, R.(2013). Sobrepeso y Obesidad: Una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región y sociedad*. 25(57), 165-202. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-39252013000200006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252013000200006)
- Díaz-Guzmán, MC., Díaz-Guzmán,MT.(2008).Obesidad y autoestima.*Revista electrónica cuatrimestral de enfermería*,1(13).p.1-11.Recuperado de <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/16131/15541>
- Diaz, R y Aladro, M. (2015). Relación entre uso de las nuevas tecnologías y sobrepeso infantil, como problema de salud pública. *Revista de SEAPA*.
- Ellis, Paul D. (2010). *The Essential Guide to Effect Sizes: An Introduction to Statistical Power, Meta-Analysis and the Interpretation of Research Results*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Reich, W. (1978). *Encyclopedia of Bioethics*. *The Free Press*, New York, vol. I, XIX
- Evina, Kawasaki, Taniguchi, Togari, Yamazaki y Sparks (2009). *The effectiveness of health communication strategies in health education in Kushima, Japan*. *Global Health Promotion* ,17(1) 05–15.DOI: 10.1177/1757975909356628<http://ghp.sagepub.com>

Fundación Acción Social. (2003). *Guía de Evaluación de Programas y Proyectos Sociales*.

Fundación Género y Sociedad, Dirección de Integración y Desarrollo Humano. (2017). *Diagnóstico del Contexto Migratorio 2017*. Recuperado de [http://www.migracion.go.cr/integracion\\_desarrollo/Diagnostico%20Contexto%20Migratorio%20de%20Costa%20Rica%202017.pdf](http://www.migracion.go.cr/integracion_desarrollo/Diagnostico%20Contexto%20Migratorio%20de%20Costa%20Rica%202017.pdf)

García-Barquero, M. (2015). *Análisis del comportamiento de mercado en las ferias del agricultor de la Gran Área Metropolitana*. Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/tem/v29n1/0379-3982-tem-29-01-00083.pdf>

García-Calvente., Rodríguez, M. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Revista Atención primaria* 25(3), 181-186. Recuperado de <http://www.unidadocentemfyclaspalmas.org.es/resources/5%2BAten%2BPrimaria%2B2000.%2BGrupo%2BFocal%2BDise%24C3%24B1o%2By%2BPRACTICA.pdf>

Gobierno de Chile. (2011). *Estrategia Nacional de Salud; para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

González, M. (2016). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación saludable y actividad física en el paciente obeso*. Recuperado de [http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1304/2016\\_N\\_038.pdf?sequence=1](http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1304/2016_N_038.pdf?sequence=1)

Gutiérrez-Noriega. A, Sánchez-Jiménez B, Sámano-Sámano.MR, Rodríguez-Arellano ME, Sánchez-Hernández. OE, Sánchez-Trampe.BI. (2015). Asociación entre conocimientos y prácticas alimentarias y el índice de masa corporal en el personal de un centro de tercer nivel de atención a la salud. *Rev Esp Med Quir*, (20). p.144-151.

Gutiérrez-Valverde, Juana., Guevara-Valtier, M., Enríquez-Reyna, M., Paz-Morales, M., Hernández-del Ángel, M. Landeros-Olvera, E. (2017). Estudio en familias: Factores ambientales y culturales asociados al sobrepeso y obesidad. *Enfermería Global*, 16(1), 1-10. Recuperado de <https://search-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/central/docview/1895290405/D8EF72B0C3904ABEPQ/1?accountid=28692>

Hernández, A. (2010). *Manual auto género y autoestima de las mujeres*. Recuperado de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Tabasco/tabmeta13\\_7.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Tabasco/tabmeta13_7.pdf)

Hernández-Sampieri, R., Collado, C., Baptista-Lucio, P. (2010). Metodología de la Investigación. México: *Mcgraw-Hill Interamericana Editores*, S.A.

Herrera-Canales, F. (s.f). *Como organizar una feria de salud*. Recuperado de [https://www.academia.edu/23919242/C%C3%93MO\\_ORGANIZAR\\_UNA\\_FERIA\\_DE\\_SALUD](https://www.academia.edu/23919242/C%C3%93MO_ORGANIZAR_UNA_FERIA_DE_SALUD)

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. (2016). *Marco de referencia para el monitoreo y vigilancia de la obesidad en Centroamérica y República Dominicana*. Ciudad Guatemala, Guatemala. Recuperado de <http://www.incap.int/sisvan/index.php/es/cooperacion-tecnica-en-la-region/documentos-especializados?platform=hootsuite>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2011). *Censo Costa Rica 2011*.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2013). *Costa Rica Mapas de Pobreza 2011*. Recuperado de [http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/pobreza\\_y\\_presupuesto\\_de\\_hogares/pobreza/metodologias/documentos\\_metodologicos/mepobrezacenso2011-01.pdf.pdf](http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/pobreza_y_presupuesto_de_hogares/pobreza/metodologias/documentos_metodologicos/mepobrezacenso2011-01.pdf.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2015). *X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011 Resultados Generales*. Recuperado de [https://www.cipacdh.org/pdf/Resultados\\_Generales\\_Censo\\_2011.pdf](https://www.cipacdh.org/pdf/Resultados_Generales_Censo_2011.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2018). *Encuesta Nacional de Hogares Julio 2018*. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/enaho-2018.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Cuestionario de Actividad Física y sedentarismo para adultos de 15 a 69 años*. Recuperado de [https://ensanut.insp.mx/ensanut2016/Formatos%20de%20los%20cuestionarios%20con%20variables/D2\\_Actividad%20f%C3%ADsica\\_sedentarismo\\_15%20a%2069%20a%C3%B1os%20y%20horas%20de%20sue%C3%B1o.pdf](https://ensanut.insp.mx/ensanut2016/Formatos%20de%20los%20cuestionarios%20con%20variables/D2_Actividad%20f%C3%ADsica_sedentarismo_15%20a%2069%20a%C3%B1os%20y%20horas%20de%20sue%C3%B1o.pdf)

Laspiur, S. (2014). *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento1.pdf>

Laza, C. y Sánchez, G. (2012). *Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación*. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000200025&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200025&lng=es).

Lenth, R. V. (2006). Java Applets for Power and Sample Size [Computer software]. <http://www.stat.uiowa.edu/~rlenth/Power>.

Martínez-Munguía, C. y Navarro-Contreras, G. (2013). Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/ims141p.pdf>

Medina, D. y Muñoz, E. (2014). *Evaluación cuantitativa y criterial*. Recuperado de [https://www.google.com/search?newwindow=1&safe=active&hl=es-419&ei=xFZwXKGIOPKc\\_QaHyLeICA&q=evaluaciones+cuantitativas+y+cuantitativas+pdf&oq=evaluaciones+cuantitativas+y+cualitativas+pdf&gs\\_l=psy-ab.3..0i22i30.1651.2864..3579...0.0..0.247.668.0j3j1.....0....1..gws-wiz.....0i71j0.Nn9uXlmoqKg#](https://www.google.com/search?newwindow=1&safe=active&hl=es-419&ei=xFZwXKGIOPKc_QaHyLeICA&q=evaluaciones+cuantitativas+y+cuantitativas+pdf&oq=evaluaciones+cuantitativas+y+cualitativas+pdf&gs_l=psy-ab.3..0i22i30.1651.2864..3579...0.0..0.247.668.0j3j1.....0....1..gws-wiz.....0i71j0.Nn9uXlmoqKg#)

- Ministerio de Vivienda y Asentamiento Humano. (2014). Plan Nacional de Desarrollo Urbano para la Gran Área Metropolitana 2013. Recuperado de [https://mivah.go.cr/Biblioteca\\_PlanGAM.shtml](https://mivah.go.cr/Biblioteca_PlanGAM.shtml)
- Ministerio de Educación y Formación Profesional. (2018). Información general sobre la educación primaria. Gobierno de España. Recuperado de <https://www.mecd.gob.es/educacion-mecd/areas-educacion/estudiantes/educacion-primaria/informacion-general/contenidos.html>
- Ministerio de Justicia y Paz. (2014). Plan Local de Convivencia y Seguridad Ciudadana Escazú. San Jose. Ministerio de Justicia y Paz.
- Ministerio de Justicia y Paz. (2015). *Política Local de Prevención de Violencia con enfoque de Género: Cantón de Alajuelita*.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2017). *Índice de desarrollo social 2017*.
- Ministerio de Salud Argentina. (2009). Resolución 1083/2009. Apruébanse la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable. Recuperado <https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/ARG%202009%20Estrategia%20Nacional%20para%20la%20Prevenci%C3%B3n%20y%20Control%20de%20Enfermedades%20no.pdf>
- Ministerio de Salud Costa Rica. (2011). *Guías alimentarias para Costa Rica*. Recuperado de [https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/guiasalimentarias/guia\\_alimentarias\\_2011\\_completo.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/guia_alimentarias_2011_completo.pdf)
- Ministerio de Salud Costa Rica. (2011). *Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021*. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-plan-es-en-salud/politicas-en-salud/1106-politica-nacional-de-seguridad-alimentaria-y-nutricional-2011-2021/file>

Ministerio de Salud Argentina. (2013). *Plan Nacional Argentina Saludable. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.santafe.gov.ar/archivos/salud/AccionesMunicipales.pdf>

Ministerio de Salud Costa Rica. (2014). *Estrategia Nacional para el abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y la obesidad 2013-2021*. San José, Costa Rica. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/planes-estrategicos-institucionales/3487-estrategia-ecnt/file>

Ministerio de Salud Salvador. (2017). *Plan estratégico nacional multisectorial para el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles*. San Salvador, El Salvador. Recuperado de [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan\\_sobrepeso\\_y\\_obesidad\\_v1.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_sobrepeso_y_obesidad_v1.pdf)

Ministerio de Salud Costa Rica. (2018). *Organigrama Institucional*. Recuperado de [https://www.ministeriodesalud.go.cr/images/stories/docs/DPI/2017/dpi\\_organigrama\\_roms\\_planificacio%CC%81n\\_oct\\_17\\_horizontal.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/images/stories/docs/DPI/2017/dpi_organigrama_roms_planificacio%CC%81n_oct_17_horizontal.pdf)

Ministerio de Salud Costa Rica; y Ministerio de Deporte y Recreación. (2011). *Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021*. San José, Costa Rica. Recuperado de <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>

Ministerio de Salud Costa Rica. (2009). *Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica 2008-2009*. Recuperado de [https://www.paho.org/cor/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=alimentacion-y-nutricion&alias=67-encuesta-nacional-de-nutricion-costa-rica-2008-2009&Itemid=222](https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=alimentacion-y-nutricion&alias=67-encuesta-nacional-de-nutricion-costa-rica-2008-2009&Itemid=222)

Ministerio de Salud. (2016). *Misión y Visión*. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/mision-y-vision>

- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. (2005). *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*. Madrid, España. Recuperado de <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>
- Monroy, A., Sáez, G. (2012). Las teorías sobre la motivación y su aplicación a la actividad física y el deporte. *Educación Física y Deportes. Revista Digital*. Buenos Aires. N° 164. Recuperado de: <http://www.efdeportes.com/efd164/las-teorias-sobre-la-motivacion-y-el-deporte.htm>
- Morales-Ruán MC, Méndez-Gómez Humarán I, Shamah-Levy T, Valderrama-Álvarez Z, Melgar-Quiñónez H. (2014). La inseguridad alimentaria está asociada con obesidad en mujeres adultas de México. *Salud Publica México*, 1(56) 54-61. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2014.v56suppl1/s54-s61/es>
- Morales, A & Castro, C. (2006). *Migración, pobreza y empleo*. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2008/6306.pdf>
- Moreno-Altamirano, L., García-García, J., Soto-Estrada, C-, Capraro, S., Limón-Cruze, D. (2014). Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Revista Médica Del Hospital General De México*, 77(3), 114-123. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0185106314000067?via%3Dihub>
- Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 23 (2): 124-128. Doi:101016/S0716-8640(12)70288-2
- Municipalidad de Escazú. (2019). *Plan de Desarrollo Cantonal de Escazú 2019-2029*. Recuperado de [http://escazu.go.cr/sites/default/files/Documentos/plan\\_de\\_desarrollo\\_cantonal.pdf](http://escazu.go.cr/sites/default/files/Documentos/plan_de_desarrollo_cantonal.pdf)

Naranjo-Pereira, ML.(2007). Autoestima: Un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista actualidades investigativas en educación de la Universidad de Costa Rica*.7(3).p1-27.Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/9296/17752>

National Sleep Foundation. (2015). *Recommends New Sleep Times*. Washington, DC. Recuperado de: <https://www.sleepfoundation.org/press-release/national-sleep-foundation-recommends-new-sleep-times>

Niñerola, J., Capdevila, L., Pintanel, M. (2006). Barreras percibidas y actividad física: El autoinforme de barreras para la práctica de ejercicio físico. *Revista Psicología del Deporte*. 15 (1). Recuperado de: <https://www.rpd-online.com/article/view/241>

Oliveira Lima-Filho, D., Quevedo-Silva, F., Gomes Coelho Ewerling, S. y Rodríguez da Silva, W. (2016). *Criterios de selección y de consumo alimentarios en pequeñas ciudades de Brasil*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/877/87747436008/>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional, América Latina y el Caribe: Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33680/9789253096084-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización internacional del trabajo.(2009).*Trabajo y familia: ¡Compartir es la mejor forma de cuidar!*.Recuperado de [https://www.ilo.org/gender/Events/Campaign2008-2009/WCMS\\_101750/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/gender/Events/Campaign2008-2009/WCMS_101750/lang--es/index.htm)

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Recuperado de



[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2\\_carta\\_d\\_e\\_ottawa.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_d_e_ottawa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Estrategia Mundial sobre el Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. Ginebra, Suiza. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43037/924359222X\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43037/924359222X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Mundial de la Salud. (2006). Carta Europea Contra la Obesidad. Estambul, Turquía. Recuperado de <https://docplayer.es/10304404-Conferencia-ministerial-europea-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-contra-la-obesidad-carta-europea-contra-la-obesidad.html>

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Llamado a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud*. Recuperado de [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/Nairobi\\_2009\\_sp.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/Nairobi_2009_sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de Acción Global para la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles 2013-2020*. Ginebra, Suiza. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos*. Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Alimentos y bebidas ultra procesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones*

para las políticas públicas. Recuperado de [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645\\_esp.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_esp.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington D.C, Estados Unidos. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/NCD-SP-low.pdf>

Ortiz-Moncada, R., Álvarez-Dardeta, C., Miralles-Bueno, J., Ruíz-Cantero, M., Dal Re-Saavedra, M., Villar-Villalba, C., Pérez-Farinós, N., Serra-Majem, L. (2011). Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006. *Revista Medicina Clínica*. 137 (15), 678-684. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775311006567?via%3Dihub>

Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo y Universidad de Costa Rica. (2016). *Ranking cantonal según Índice de Desarrollo Humano*. Recuperado de <http://desarrollohumano.or.cr/mapa-cantonal/index.php/ranking-idh>

Programa Estado de la Nación. (2016). *Quinto Informe Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible*. San José: Costa Rica. Recuperado de <https://www.estadonacion.or.cr/erca2016/assets/erca-2016-web.pdf>

Programa Estado de la Nación. (2017). *Obesidad, desnutrición y enfermedades crónicas degenerativas conllevan serios riesgos para la región centroamericana*. Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/component/content/article?id=550:01-02-2017-obesidad-desnutricion-y-enfermedades-cronico-degenerativas-conllevan-serios-riesgos-para-la-region-centroamericana>

Restrepo, S. y Maya, M. (2005). *La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad*. Vol. 19 No. 36. Universidad de Antioquia. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/557/55703606/>

- Rodríguez Sabiote, C., Pozo Llorente, T., Gutiérrez Pérez, J. (2006). La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en Educación Superior. *RELIEVE*, v. 12, n. 2. Recuperado de [http://www.uv.es/RELIEVE/v12n2/RELIEVEv12n2\\_6.htm](http://www.uv.es/RELIEVE/v12n2/RELIEVEv12n2_6.htm).
- Rojas-Barahona, C., Zegers, B. y Förster, C. (2009). *La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores*. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000600009](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600009)
- Servicio Aragonés de Salud (2017). Enfermero/a. Servicio Aragonés de Salud. Salud. Recuperado de <https://books.google.co.cr/books?isbn=8468180939>
- Surribas- Banús F. (2017). Especial Nutrición II. *Revista Elemental Watson*. Recuperado de [http://www.elementalwatson.com.ar/Revista\\_22\\_Abril\\_2017.pdf](http://www.elementalwatson.com.ar/Revista_22_Abril_2017.pdf)
- Universidad de Costa Rica. (1980). Reglamento de Trabajos Finales de Graduación.

## ANEXOS

### Anexo 1. Cuestionario: Factores individuales



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

INISA  
Instituto de Investigaciones en Salud

ESP  
Escuela de  
Salud Pública

#### Diseño de una estrategia de promoción de la salud para el abordaje de la obesidad Cuestionario: Determinantes intermedios

DATOS GENERALES						
Entrevistador	01 / __ / JA	02 / __ / JC	03 / __ / ME	04 / __ / MI	05 / __ / XI	06 / __ / CA
Fecha	D	M	A	Hora	Inicio	Fin
Código de cuadra	/ / / / / / / /					
Cantón						
INTRODUCCION						
<p>Estimada _____, con el fin de diseñar una estrategia de promoción de la salud para las mujeres del cantón de _____ (Alajuelita / Escazú) solicitamos su colaboración al responder las siguientes preguntas.</p>						
OBJETIVO						
<p>Este cuestionario responde al siguiente objetivo: 2. Analizar los determinantes intermedios de la salud en las mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú.</p> <p>Este cuestionario comprenderá un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos. La información suministrada será utilizada de manera confidencial.</p> <p>Se le recuerda que no hay respuestas buenas o malas, todas serán de gran aporte para este proceso. Agradecemos de antemano su tiempo y colaboración.</p>						
A: CONDICION DE LA VIVIENDA (Observación por parte del entrevistador)						
A1	Vivienda ubicada sobre carretera pavimentada	0	No			
		1	Si			
A2	El piso de su vivienda es principalmente de:	1	Cerámica, mosaico, terrazo			
		2	Madera			
		3	Cemento (chorrea)			
		4	Piso de tierra			
		5	Otro material			
		9	NS/NR			

**B: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

B1	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	/ /		
B2	¿Cuántos partos ha tenido usted?	/ /		
B3	¿Cuál es su peso exacto en kilogramos?	1	/ /	--->SI sabe el peso, pasar a pregunta B5
		9	No sabe/No responde	
B4	¿Podría darnos un rango aproximado de su peso?	1	/ /	
		9	NS/NR	
B5	¿Cuál es su estatura?	1	/ /	--->SI sabe la estatura, pasar a pregunta B7
		9	NS/NR	
B6	¿Podría darnos un rango aproximado de su estatura?	1	/ /	
		9	NS/NR	
B7	¿Presenta usted alguna de las siguientes condiciones?	Condición		
		1	Diabetes Mellitus Tipo 1	0 1
		2	Diabetes Mellitus Tipo 2	0 1
		3	Hipertensión arterial	0 1
		4	Colesterol alto	0 1
		5	Triglicéridos altos	0 1
B8	¿Cuál es su estado civil actual?	1	Soltera	
		2	Unión Libre	
		3	Casada	
		4	Separada	
		5	Divorciada	
		6	Viuda	
		9	NS/NR	

B9	¿Cuál fue el último nivel y grado de educación formal que usted aprobó?	Nivel	Grado					
		0 Ninguno	0					
		1 Primaria	1	2	3	4	5	6
		2 Secundaria académica	1	2	3	4	5	
		3 Secundaria técnica	1	2	3	4	5	6
		4 Parauniversitaria	1	2	3+			
		5 Universidad	1	2	3	4	5+	
		9 NS/NR	9					
B10	La semana pasada usted:	1 Trabajó durante una hora o más (sin contar los oficios domésticos de su hogar)	2 No trabajó pero tiene empleo	3 Ayudó en un negocio o finca familiar sin pago	4 Ninguna de las anteriores			
B11	La semana pasada usted realizó alguna de las siguientes actividades por algún pago?	1 Labores agrícolas	2 Vendió productos	3 Cuidó personas, limpió, planchó para otro hogar	4 Hizo trabajos variados	5 Ninguna de las anteriores		
B12	<b>SOLAMENTE SI B10=1 y B11=5:</b> En qué trabajó usted la semana pasada?	/ _____ /						

**C: ACTIVIDAD FÍSICA**

C1	¿Realiza usted alguna actividad física?	0 No ---> Pase a C6	1 Sí
C2	¿Cuántas veces a la semana realiza usted actividad física?	1 1 vez por semana	2 2 ó 3 veces por semana
		3 Más de 3 veces por semana	
C3	¿Cada vez que realiza actividad física, cuántos minutos lo practica?	1 5 minutos	2 30 minutos
		3 1 hora	
C4	¿Dónde realiza actividad física?	/ _____ /	

C5	¿Prefiere realizar actividad física sola o acompañada? PASAR A PREGUNTA C7	1 Sola 2 En compañía	
C6	¿Por qué no realiza actividad física?	1 Falta de tiempo 2 Falta de interés 3 Condición en salud 4 Dificultad física (Restringe a lo físico) 5 Otro:	
C7	¿Cuánto le interesa realizar actividad física por su salud?	1 Muy poco 2 Poco 3 Indiferente 4 Algo 5 Mucho	
C8	¿Qué tan fácil le resulta realizar actividad física de manera regular?	1 Muy difícil 2 Difícil 3 Ni fácil ni difícil 4 Fácil 5 Muy fácil	
C9	De acuerdo con los siguientes enunciados, indique si son verdaderos o falsos	1. La actividad física contribuye a aumentar el porcentaje de masa muscular del cuerpo	0 Falso 1 Verdadero 2 No sabe 9 No responde
		2. La actividad física contribuye a disminuir el porcentaje de grasa en el cuerpo	0 Falso 1 Verdadero 2 No sabe 9 No responde
C10	Para llevar una vida saludable, ¿cuántos minutos de actividad física se debe realizar por día?	1 Menos de 30 minutos por día 2 30 minutos por día 3 Más de treinta minutos por día	
<b>D: ALIMENTACIÓN</b>			
D1	¿Incluyendo las meriendas cuántas comidas hace usted por día?	/ /	

D2	Piense en la comida principal que usted hace por día, ¿cuáles de los siguientes alimentos incluye con mayor frecuencia en esa comida?	<b>Alimento</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>		
		1 Entrada (sopa, caldo, otro)	0	1		
		2 Carne, pescado, pollo o mariscos	0	1		
		3 Embutidos	0	1		
		4 Arroz, pasta o frijoles	0	1		
		5 Vegetales o ensalada	0	1		
		6 Pan o tortillas	0	1		
		7 Postre	0	1		
		8 Fresco con azúcar	0	1		
		9 Fresco sin azúcar	0	1		
10 Agua	0	1				
D3	Piense en la forma en que se preparan sus alimentos, ¿de qué forma los cocinan usualmente?	1 Fritos (incluye empanizados)				
		2 Al vapor o hervidos				
		3 Asados o a la plancha				
		4 Horneados				
		5 Guisados o salteados				
D4	Selección múltiple: ¿Qué alimentos consume entre cada comida?	<b>Alimento</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>		
		1 Dulces	0	1		
		2 Frutas o vegetales	0	1		
		3 Galletas o pan	0	1		
		4 Yogurt	0	1		
		5 Papas tostadas, tortillas tostadas	0	1		
		6 Maní u otras semillas.	0	1		
		7 Nada	0	1		
8 Otro:	0	1				
D5	¿Cuánto le interesa tener una alimentación saludable?	1 Muy poco				
		2 Poco				
		3 Indiferente				
		4 Algo				
		5 Mucho				
D6	¿Qué tan fácil le resulta tener una alimentación saludable de manera regular?	1 Muy difícil				
		2 Difícil				
		3 Ni fácil ni difícil				
		4 Fácil				
		5 Muy fácil				
D7	¿Conoce las guías alimentarias para Costa Rica?	0 No	--> Pasar a la D9			
		1 Sí				
D8	¿Aplica las guías alimentarias para su alimentación?	0 No				
		1 Sí				
D9	[Muestre las imágenes del plato y los grupos de alimentos y explique]. Piense que este es un plato con divisiones, distribuya los alimentos para que este sea un plato saludable.	<b>Grupo de alimentos</b>	<b>Cuadrante del plato</b>			
		1 Frutas y vegetales	A	B	C	D
		2 Productos de origen animal	A	B	C	D
		3 Grasas y azúcares	A	B	C	D
		4 Cereales, leguminosas y frutas harinosas	A	B	C	D
		<b>Alimento</b>				



D10	¿Cuál de estos alimentos contiene más grasa?	1 Hamburguesa (1) 2 Salchichón (3 rebanadas) 3 Huevo frito (1 huevo)
D11	[Muestre las imágenes de arroz y frijoles]. De acuerdo con las imágenes, ¿cuál considera que es la porción de arroz y frijoles adecuada para una alimentación saludable?	Imágenes 1 A. 2 de arroz + 1 de frijoles 2 B. 3 de arroz + 1 de frijoles 3 C. 2 de arroz + 2 de frijoles 4 D. 1 de arroz + 2 de frijoles
D12	¿Cuál es la porción de frutas y vegetales que se deben consumir al día para una alimentación saludable?	1 De 1 a 2 porciones al día 2 De 3 a 4 porciones al día 3 5 porciones al día o más 9 No sabe/No responde

**E: AUTOESTIMA**

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted misma. Indique la respuesta que más lo identifica

		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
E1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
E2	Creo que tengo un buen número de cualidades.				
E3	En general, me inclino a pensar que soy un fracaso.				
E4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
E5	Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí.				
E6	Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				
E7	En general, estoy satisfecha conmigo misma				
E8	Desearía valorarme más a mí misma.				
E9	A veces me siento verdaderamente inútil.				
E10	A veces pienso que no soy buena persona.				

**F: TECNOLOGÍA**

F1	¿Utiliza usted dispositivos electrónicos?	0	No --> Pase a G1		
		1	Sí		
F2	Respuesta múltiple ¿Qué tipo de dispositivos electrónicos utiliza usted?	Dispositivo		No	Sí
		1	Televisor	0	1
		2	Telefono fijo	0	1
		3	Telefono celular	0	1
		4	Computadora o Laptop	0	1
		5	Tablet	0	1
		6	Otro	0	1
F3	¿Cuántas horas al día hace usted uso de dispositivos electrónicos?	/ _____ /			

**G: CALIDAD DE SUEÑO**

A partir de lo realizado durante el último mes, responda las siguientes preguntas.

G1	¿Cuál es su hora habitual de acostarse?	/ _____ /		
	¿Cuánto tiempo en minutos dura para conciliar el sueño?	/ _____ /		
G3	¿Cuál es su hora habitual de levantarse?	/ _____ /		
G4	¿Cómo calificaría, en general, la calidad de su sueño?	1	Muy buena	
		2	Buena	
		3	Ni buena ni mala	
		4	Mala	
		5	Muy mala	

A partir de lo realizado durante el último mes, indique con qué frecuencia intervienen en su calidad de sueño.

		1. No me ha ocurrido	2. De 1 a 3 veces	3. De 4 a 6 veces	4. A diario
G5	¿Su sueño se ha interrumpido por más de 30 minutos?				
G6	¿Con que frecuencia tuvo que tomar medicinas (prescritas o automedicadas) para poder dormir?				
G7	¿Con que frecuencia tuvo dificultad para mantenerte despierto mientras conducías, comías o desarrollabas alguna actividad social?				

G8	¿Utiliza dispositivos de electrónicos 30 minutos antes de dormir?	1 No lo utilizó
		2 Lo utilizó de 1 a 3 veces
		3 Lo utilizó de 4 a 6 veces
		4 Lo utilizó a diario

#### H: INTERACCIÓN SOCIAL

H1	¿Participa de algún grupo de su comunidad?	0 No 1 Sí ¿Cuál? (es)
H2	¿Tiene interés por participar en algún grupo social?	0 No 1 Sí
H3	¿Participa de actividades sociales o familiares?	0 No --> Pase a H6 1 Sí
H4	¿Con qué frecuencia participa de actividades sociales o familiares?	1 Casi nunca 2 A veces 3 Casi siempre
H5	¿Cómo se siente usualmente en dichas actividades?	1 Muy bien 2 Bien 3 Indiferente 4 Mal 5 Muy mal
H6	Del 1 al 10 como califica la relación que tiene con su familia?	/ _____ /
H7	Del 1 al 10, qué tanto influye su familia sobre las decisiones que usted toma en torno a su salud?	/ _____ /
H8	Del 1 al 10, que tanto influyen sus amigos sobre las decisiones que usted toma en torno a su salud?	/ _____ /

## Anexo 2. Guía de grupo focal para mujeres



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

INISA  
Instituto de Investigaciones en Salud

ESP  
Escuela de  
Salud Pública

### Diseño de una estrategia de promoción de la salud para el abordaje de la obesidad

#### Guía para la aplicación de grupo focal

Guía para la aplicación de grupo focal			
1 Clasificación	N°. de sesión		
	No. de participantes		
	Distrito(s)		
	Fecha:		
	Hora:		
	Lugar:		
	Roles	Moderador:	
		Coordinador 1:	
		Coordinador 2:	
Encargado de registro de datos:			
Modo de registro:	ES2no	Audio	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2 Introducción	<p>Buenos días/ buenas tardes y bienvenidos(as) a nuestra sesión.</p> <p>Nuestros nombres son (...), somos estudiantes de licenciatura de la carrera Promoción de la Salud, de la Universidad de Costa Rica.</p> <p>De antemano, agradecer por su tiempo para participar en este grupo focal, cuyo objetivo es conocer los intereses de la población participante, que contribuyan al abordaje de estilos de vida saludable, como parte del Seminario de Graduación, que tiene como objetivo general: Diseñar una</p>		

	<p>estrategia de promoción de la salud para el abordaje de la obesidad en mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú desde el análisis del Modelo de Determinantes de la Obesidad del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá 2016, durante el 2018-2019.</p> <p>En esta actividad no hay respuestas correctas o incorrectas, solo diferentes puntos de vista que serán respetados. Por favor, siéntanse libres de expresar sus opiniones, aun cuando esta difiera de la de sus compañeras. Estaremos grabando sus respuestas; la información que nos proveerán será muy importante para el desarrollo de la estrategia.</p> <p>Por favor, respetemos el espacio de conversación de las compañeras</p> <p>Nuestra sesión durará una hora y cuarenta minutos en total; tomaremos un receso al finalizar la sesión.</p> <p>A continuación, repartiremos gafetes para que escriban sus nombres.</p>
	<p>Para iniciar, se llevará a cabo una actividad para romper el hielo: La telaraña</p> <p>Tiempo: 10 min</p> <p>Materiales: un ovillo de lana</p> <p>Desarrollo: Se forma un círculo con todos los participantes, el animador tendrá el ovillo de lana y se lo pasará a cualquiera, antes de tirarlo deberá sostener un pedacito de la lana, y debe decir: su nombre, de donde viene, a qué se dedica y lo que le gusta hacer en su tiempo libre, luego se la tirará a otra persona y ésta deberá repetir los pasos anteriores de la primer persona; seguido dirá los suyos, así sucesivamente hasta que todos juntos formen una telaraña, y todos sepan la información de todos.</p>
<p>Debate de fondo</p>	<p>Consultar la guía de preguntas generadoras para el grupo focal.</p> <p>Se hacen preguntas a los participantes llamándoles por su nombre (para ello cuentan con gafete). La persona que modera, procura la mayor participación posible.</p>
<p>Cierre de la sesión</p>	<p>Se procede a realizar una pregunta como cierre a la sesión:</p> <p>¿Cómo se sintieron durante la conversación?</p> <p>Para finalizar, les agradecemos por su puntualidad, asistencia y</p>

	participación en el grupo focal, además de la confianza que tuvieron para expresarse acerca del tema en cuestión, de gran importancia para este estudio. A continuación haremos un receso para compartir un refrigerio.
<b>Guía de preguntas generadoras para el grupo focal</b>	
<b>I Intereses temáticos</b>	
<b>A. Factores endógenos</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué la motiva a realizar actividad física?</li> <li>2. ¿Qué alimentos le gustaría incluir en su dieta diaria?</li> <li>3. ¿Qué criterios utiliza para decidir qué comer cada día?</li> <li>4. ¿Qué criterios utiliza para decidir cómo va a cocinar los alimentos de cada día?</li> <li>5. ¿Considera que el uso del celular, computadora o Tablet obstaculiza su tiempo para realizar actividad física o dormir?</li> </ol>	
<b>B. Factores exógenos</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Según su experiencia ¿Qué características debe tener una actividad comunitaria para que sea de interés suyo?</li> </ol>	
<b>II. Espacios del entorno</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Según la comunidad donde vive ¿Cuáles consideran que son espacios apropiados para realizar actividades saludables?</li> </ol>	
<b>III. Escenarios de participación</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Conocen programas o proyectos comunales o cantonales, relacionados con prácticas saludables?</li> <li>2. ¿Han sido partícipes anteriormente, de algún proyecto, actividad, taller relacionado con el tema de salud?</li> </ol>	
<b>IV. Formas de abordaje de la estrategia</b>	
Las siguientes preguntas están relacionadas con la formulación de una estrategia para abordar la obesidad en el cantón	
<b>Metodologías</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si se hiciera un proyecto cantonal para mejorar la salud, ¿qué temáticas le gustaría que</li> </ol>	

### Anexo 3. Guía de entrevista actores sociales



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

INISA  
Instituto de Investigaciones en Salud

ESP  
Escuela de  
Salud Pública

#### Diseño de una estrategia de promoción de la salud para el abordaje de la obesidad. Guía de entrevista actores sociales: Determinantes estructurales

DATOS GENERALES						
Entrevistador	01 / __ / JA	02 / __ / JC	03 / __ / ME	04 / __ / MI	05 / __ / XI	06 / __ / CA
Fecha	D	M	A	Hora	Inicio	Fin
Funcionario						
Cargo						
Nombre organización						
Cantón						
INTRODUCCIÓN						
Estimado (a) _____, con el fin de diseñar una estrategia de promoción de la salud para el abordaje de la obesidad en mujeres del cantón de _____ (Alajuelita / Escazú) solicitamos su colaboración al responder las siguientes preguntas.						
OBJETIVOS						
Analizar los determinantes estructurales de la salud en las mujeres de 25 a 45 años de los cantones de Alajuelita y Escazú.						
INSTRUCCIONES						
Esta entrevista comprenderá un tiempo aproximado de 40 a 60 minutos y el audio será grabado. La información suministrada será utilizada de manera confidencial y exclusivamente para fines académicos. Por favor indiquenos si existe algún inconveniente en realizar la grabación. Para nosotros es muy importante su aporte, sin embargo; siéntase en libertad de no contestar alguna pregunta si no lo desea. Si hubiese alguna pregunta que no fuera clara para usted, puede solicitar que se le explique o reformule. Se le recuerda que no hay respuestas buenas o malas, todas serán de gran aporte para este proceso. Agradecemos de antemano su tiempo y colaboración.						
Parte Social y político						
Las siguientes preguntas se plantean en función de su experiencia como funcionario en la institución u organización a la que usted pertenece.						
En los últimos 10 años, ¿cómo ha cambiado el uso del suelo en el cantón? ( con referencia a la agricultura e industrialización)						
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuál es la situación de pobreza en el cantón? ( con referencia a la zona de residencia, al acceso de agua potable y acceso al educación )</li> <li>2. En los últimos 10 años ¿Cómo ha cambiado el comportamiento de la inmigración en el cantón?</li> <li>3. En los últimos 10 años ¿Cómo ha cambiado la oferta de alimentos procesados en el cantón?</li> </ol>						



4. ¿Qué legislación que promueva estilos de vida y ambientes saludables existe a nivel local?

**Paralelo 10 (Alajuelita)**

1. En los últimos 10 años, ¿cómo ha incrementado la publicidad de alimentos procesados en el cantón de \_\_\_\_\_ (Alajuelita / Escazú)?
2. ¿Qué tan disponible se encuentran las frutas y verduras para la población?
3. En los últimos 10 años, ¿ha aumentado el costo de alimentos saludables en el cantón de \_\_\_\_\_ (Alajuelita / Escazú)?
4. En los últimos 10 años, ¿ha aumentado el acceso a comidas rápidas de sodas o restaurantes?

**Paralelo 10 (Escazú)**

1. En los últimos 10 años, ¿ha incrementado el uso de vehículo particular?
2. Actualmente, ¿cómo se están utilizando los espacios para recreación y actividad física?
3. ¿Existen acciones para mejorar o adaptar áreas verdes?
4. ¿Cómo es el nivel de seguridad en los espacios para recreación y actividad física?
5. ¿Cuál es relación que existe entre el uso de tecnologías informáticas y la recreación/actividad física?
6. ¿La Institución dispone de recursos para el apoyo de entornos saludables?

**Paralelo 10 (San José)**

1. En la actualidad, ¿En qué acciones para la comunidad están ustedes participando?
2. En la actualidad, ¿Con cuales instituciones mantiene vínculos para desarrollar estas acciones?
3. ¿Cómo describe estos vínculos institucionales?
4. En los últimos 5 años, ¿recuerda si se han desarrollado otras acciones o proyectos relacionados con la salud?
5. De las acciones mencionadas anteriormente, ¿Qué resultados obtuvieron?
6. ¿Qué planes de acción existen a nivel local para abordar la obesidad?
7. ¿Qué políticas existen a nivel regional para abordar la obesidad?
8. ¿Cuenta la institución con personal que realice acciones orientadas a hábitos saludables?
9. ¿Qué acciones desarrollan?

Fuente: Elaboración propia