

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

ESCUELA DE NUTRICIÓN

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

**RELACIÓN DE LOS MÉTODOS DE
PREPARACIÓN Y CONSUMO DE
PRODUCTOS AUTÓCTONOS y
TRADICIONALES, CON LA PREVALENCIA
DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO
TRANSMISIBLES, EN ADULTOS RURALES
DE PURISCAL, 2017**

NATALIA SOTO VILLALOBOS

Diciembre, 2017

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|--|-----------|
| TABLA DE CONTENIDOS..... | 2 |
| DEDICATORIA | 5 |
| AGRADECIMIENTO..... | 6 |
| RESUMEN..... | 7 |
| CAPÍTULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN | 8 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 9 |
| 1.1.1 Antecedentes del problema | 9 |
| 1.1.2. Delimitación del problema | 13 |
| 1.1.3. Justificación..... | 13 |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 14 |
| 1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 15 |
| 1.3.1. Objetivo general..... | 15 |
| 1.3.2. Objetivos específicos..... | 15 |
| 1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES | 16 |
| 1.4.1 Alcances de la investigación | 16 |
| 1.4.2 Limitaciones de la investigación | 17 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | 18 |
| 2.1. EVIDENCIA CIENTÍFICA NACIONAL E INTERNACIONAL SOBRE EL CONSUMO Y PREPARACIÓN DE ALIMENTOS AUTÓCTONOS Y SU RELACIÓN CON LA SALUD..... | 19 |
| 2.2. CONTEXTO TEÓRICO- CONCEPTUAL | 21 |
| 2.2.1 Característica del adulto en zona rural | 21 |
| 2.2.2 Estilos de vida del adulto en zonas rurales..... | 22 |
| 2.2.3 Estado de salud del habitante rural..... | 23 |
| 2.2.4 Hábitos de alimentación | 24 |
| 2.2.5 Producto tradicional | 27 |
| 2.2.6 Producto autóctono..... | 27 |
| 2.2.7 Enfermedades crónicas no transmisibles..... | 28 |
| 2.2.8 Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles | 37 |
| CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO | 39 |
| 3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN..... | 40 |

| | |
|--|-----------|
| 3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN..... | 40 |
| 3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | 40 |
| 3.4 ÁREA DE ESTUDIO..... | 41 |
| 3.4.2. Muestra..... | 42 |
| 3.4.3. Criterios de inclusión y exclusión | 42 |
| 3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES | 43 |
| 3.6. INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN..... | 45 |
| 3.6.1. Etapa preliminar: Prueba piloto..... | 45 |
| 3.6.2. Trabajo de campo..... | 46 |
| CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS..... | 47 |
| 4.1. GENERALIDADES DE LOS PRODUCTOS AUTÓCTONOS Y TRADICIONALES ENCONTRADOS | 48 |
| 4.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES..... | 53 |
| 4.3 PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS PARTICIPANTES | 55 |
| 4.4 CONSUMO DE PRODUCTOS TRADICIONALES Y AUTÓCTONOS POR GRUPO DE ALIMENTO POR PARTE DE LOS PARTICIPANTES | 58 |
| 4.5 MÉTODOS DE PREPARACIÓN UTILIZADOS POR LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO EN PRODUCTOS TRADICIONALES Y AUTÓCTONOS | 65 |
| 4.6 RELACIÓN DE LA PREVALENCIA DE ECNT CON EL CONSUMO DE PRODUCTOS AUTÓCTONOS Y MÉTODOS DE PREPARACIÓN | 67 |
| CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS..... | 73 |
| 5.1 PRODUCTOS AUTÓCTONOS Y TRADICIONALES DE LA ZONA..... | 74 |
| 5.2 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS RURALES DE SAN ANTONIO ABAJO, PURISCAL | 77 |
| 5.3 RELACIÓN DEL CONSUMO DE PRODUCTOS AUTÓCTONOS Y SUS MÉTODOS DE PREPARACIÓN CON LA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES | 78 |
| CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 81 |
| 6.1 CONCLUSIONES | 82 |
| 6.2 RECOMENDACIONES | 84 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 85 |
| GLOSARIO Y ABREVIATURAS | 95 |
| ANEXOS | 96 |
| Anexo 1. Técnica de grupo focal para la fase cualitativa..... | 96 |

| | |
|--|-----|
| Anexo 2. Encuesta estructurada para la fase cuantitativa | 97 |
| Anexo 3. Transcripción del grupo focal..... | 101 |
| Anexo 4. Instrumentos para la recolección de datos | 111 |

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado principalmente a mi familia; quienes me apoyaron durante este largo proceso. También a todas aquellas personas que me ayudaron de una u otra forma en el transcurso de la carrera.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a las personas de San Antonio Abajo, Puriscal que aceptaron participar en el estudio, especialmente a Rosibel Murillo Chavarría, habitante de este lugar, por la ayuda brindada durante la elaboración del presente trabajo.

RESUMEN

Introducción Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), actualmente son la principal causa de muerte a nivel mundial, causando aproximadamente el 25% de los decesos prematuros, (entre 30 y 69 años). Muchas de estas patologías están vinculadas a los estilos de vida y al consumo de alimentos en cantidades excesivas. **Objetivo General** Relacionar los métodos de cocción y el consumo de productos autóctonos, con la prevalencia de enfermedades crónicas en hombres y mujeres de 30-60 años, de Puriscal, Costa Rica, 2017. **Metodología** Se aplica un cuestionario a 38 adultos de ambos sexos, referente a datos sociodemográficos. Prevalencia de ECNT, consumo de productos autóctonos y métodos de preparación. Los datos se analizaron mediante porcentajes y prueba de Chi-Cuadrado. **Resultados** Los participantes del estudio presentaron como enfermedades principales la obesidad y las dislipidemias con un 13 % (cinco personas) cada una. **Discusión** El estudio arrojó resultados positivos en cuanto a la relación que existe entre la prevalencia de las ECNT y el consumo de productos tradicionales, mientras que los productos autóctonos presentan un efecto protector sobre dichas patologías, debido a sus características. **Conclusión** Existe relación entre los métodos de cocción, consumo de productos autóctonos y tradicionales y la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, tomando en cuenta la forma en que los participantes del estudio se alimentan y la presencia de dichas patologías en el grupo que se investigó.

Palabras clave prevalencia de ECNT, consumo de productos autóctonos y tradicionales, métodos de preparación, adultos en zona rural.

SUMMARY

Introduction Chronic non-communicable diseases (CNCD) are currently the main cause of mortality worldwide, causing almost 25% of premature deaths (between 30 and 69 years). Many of these pathologies are linked to lifestyles and to the consumption of food in excessive quantities. **General Objective** To relate the methods of cooking and the consumption of native products, with the prevalence of chronic diseases in men and women of 30-60 years of age, from Puriscal, Costa Rica, 2017. **Methodology** A questionnaire is applied to 38 adults of both sexes referring to social demographic data. Prevalence of NCDT, consumption of local products and preparation methods. Data were analyzed by percentages and Chi-Square test. **Results** The study participants presented obesity and dyslipidemias as main diseases, with 13% (five people) each. **Discussion** The study yielded positive results regarding the relationship between the prevalence of CNCDs and the consumption of traditional products, while indigenous products have a protective effect on these pathologies, due to their characteristics. **Conclusion** There is a relationship between the methods of cooking, consumption of native and traditional products and the prevalence of non-communicable chronic diseases taking into account the way in which the participants of the study feed themselves and the presence of said pathologies in the group that was investigated.

Keywords prevalence of NCDT, consumption of indigenous and traditional products, preparation methods, adults in rural areas.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este apartado permite conocer de mejor manera el tema que se estudia, el por qué se estudia y a cuál población es a la que se estudia, esto con la finalidad de que el alcance de la investigación quede claro para el lector.

1.1.1 Antecedentes del problema

Los hábitos y las prácticas alimentarias tradicionales tienden a sufrir lentas modificaciones cuando las condiciones ecológicas, socioeconómicas y culturales de la familia permanecen constantes a través del tiempo. Sin embargo, en las últimas décadas se han producido cambios drásticos en los hogares, por una multiplicidad de factores que han influido en los estilos de vida y en los patrones de consumo alimentario de la población (Morón, C., & Schjtman, A, 1997).

La apreciación verdadera del estado de nutrición de una población requiere el conocimiento completo de todos los aspectos de la producción y consumo de alimentos. Es necesario conocer las disponibilidades totales de alimentos, su composición química y valor nutritivo. Además, los hábitos dietéticos de lo población (White, P. L., White, H. S., Viñas, E., Alvistur, E., Urquieta, R. & Hegsted, M, 2014).

El estado nutricional de las personas guarda relación directa con la calidad del consumo de alimentos, y ésta se encuentra determinada por las condiciones de acceso a los mismos, de factores que permiten seleccionar alimentos específicos para incorporarlos a la dieta (Huamán-Espino, L., & Valladares, C, 2006).

En los años recientes, un estudio realizado en México demuestra la influencia recíproca entre alimentación y cultura, así como de los vínculos de esta relación con la producción, el

comercio, el consumo, la nutrición y la generación de riesgos que pueden conllevar en la salud (Sandoval Godoy, S. A., Domínguez Ibáñez, S., & Cabrera Murrieta, A, 2009).

Un estudio epidemiológico y clínico demuestra que los cambios en la dieta producidos en los últimos años en los países más desarrollados, han provocado un aumento del número de españoles con problemas de sobrepeso y obesidad, un incremento en las cifras de colesterol hasta concentraciones similares a las de los países del norte de Europa, así como un aumento en las cifras de presión arterial. Igualmente, el consumo de dietas con alta densidad energética y baja densidad de nutrientes, puede dar lugar a desnutriciones subclínicas que pueden afectar a nutrientes esenciales. Hoy está claro que una gran proporción de la morbi-mortalidad que puede prevenirse está relacionada con el comportamiento alimentario. Existe, por tanto, la posibilidad de modificar la dieta como una medida preventiva o más exactamente como una manera de retrasar la aparición de la enfermedad y esta intervención, importante en cualquier época de la vida, puede ser de especial relevancia si se lleva a cabo en etapas tempranas como consecuencia de un diagnóstico precoz (Martínez Roldán, C., Veiga Herreros, P., López de Andrés, A., Cobo Sanz, J. M.^a, & Carbajal Azcona, A, 2005).

El estilo de vida de determinados grupos de población, puede conducir a hábitos alimentarios y modelos dietéticos y de actividad física que se comporten como factores de riesgo en las enfermedades crónicas. Las presiones publicitarias, los regímenes de adelgazamiento mal programados para adaptarse a los patrones de belleza predominantes, los horarios irregulares en el consumo de alimentos, y otros, pueden convertirse en factores de riesgo nutricional. Todo ello, convierte a este segmento de la población en un grupo especialmente vulnerable, desde el punto de vista nutricional (Martín Peña, G, 2001).

Por otra parte, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), actualmente son la principal causa de mortalidad a nivel mundial, causando casi el 25% de las muertes prematuras (entre 30 y 69 años). Dentro de las ECNT que más muertes producen, están las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas (Organización Mundial de la Salud, 2008).

En la región de las Américas ha habido, en las últimas décadas, un notable incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) asociadas a estilos de vida no saludables. Estas enfermedades y trastornos en conjunto, entre los que se encuentran: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad coronaria, los accidentes cerebrovasculares, la obesidad y algunos tipos de cáncer, son las principales causas de muerte, morbilidad, discapacidad y deterioro de la calidad de vida (Peña, M., & Bacallao, J, 2001).

Entre las enfermedades crónicas está la Diabetes Mellitus (DM), que como se mencionó anteriormente, es uno de los mayores retos del siglo XXI. En el año 2025, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 200 a 300 millones de personas de todo el mundo desarrollarán DM tipo 2. Las causas principales de esta epidemia son los cambios económicos, así como en el estilo de vida. Se han descrito múltiples factores de riesgo para el desarrollo de DM. La mitad del riesgo puede atribuirse a factores ambientales; principalmente obesidad y sedentarismo, mientras que el otro 50% a factores genéticos. El rápido incremento de las últimas décadas en la incidencia de DM tipo 2 se debe al aumento del sobrepeso y la obesidad, siendo esta última, el factor de riesgo independiente más importante para el desarrollo de DM. Otros aspectos a tener en cuenta son: la edad, el tabaquismo, el nivel socioeconómico, el lugar de residencia (entorno rural o urbano) (Matía Martín, P., Lecumberri Pascual, E., & Calle Pascual, A. L, 2007).

Por lo que se puede concluir que la influencia del medio ambiente; principalmente la alimentación deficiente y la ausencia de actividad física, son los factores más importantes para el inicio y posterior desarrollo de la diabetes tipo 2 (Reynoso-Camacho, R., González-Jasso, E., & Salgado, L. M, 2007).

Otra causa importante es la obesidad, la cual aumenta el riesgo de la mayor parte de las patologías crónicas; afecta la calidad de vida y disminuye entre 5 y 10 años la esperanza de vida. El riesgo relativo de hipertensión arterial y de diabetes es tres veces mayor en adultos con obesidad y aún más entre los 25 y 45 años (Ratner, R., Sabal, J., Hernández, P., Romero, D., & Atalah, E, 2008).

La mayoría de las enfermedades crónico-degenerativas, como las mencionadas, resultan de la interacción de factores genéticos y ambientales. La predisposición para sufrir la enfermedad sólo se hace evidente cuando el individuo tiene un estilo de vida propicio (Aguilar-Salinas, C. A., & Gómez-Pérez, F. J, 2006).

En el ámbito nacional, en el 2011, se realizó una encuesta titulada Factores de Riesgo Cardiovascular (Caja Costarricense de Seguro Social, 2011) dirigida a mayores de 20 años, la cual encontró cifras elevadas de colesterol total en sangre (por arriba de 200 mg/dL). En esta misma encuesta, representaron el 42%. Para el caso de los hombres la prevalencia encontrada fue de 42,4%, y en caso de las mujeres 41,6%. Dicho de otra manera, 4 de cada 10 costarricenses mayores de 20 años de edad tiene valores altos de colesterol.

Por último, otro factor a tomar en cuenta al hablar de enfermedades crónicas, es el sociodemográfico. Específicamente en Costa Rica, se pudo encontrar que la prevalencia de diabetes fue de 6.4%. El 89% de la muestra eran mayores de 40 años cuya prevalencia fue de

9,4% (7,4% hombres, 11,4% mujeres). La mayoría de personas con diabetes era casada, tenían educación primaria y se clasificaron como "no pobres". El 38,2% usaba insulina. En el último semestre, el 82,2% asistió a consultas médicas y el 8,4% requirió hospitalización. La enfermedad causó complicaciones en 36,1%, especialmente en la agudeza visual. Después de ajustar por edad se encontró que tienen mayor probabilidad de ser diabéticos las mujeres y las personas procedentes de áreas urbanas. El acceso a la educación superior es un factor protector (Roselló-Araya, M., Aráuz-Hernández, A. G., Padilla-Vargas, G., & Morice-Trejos, A, 2004).

1.1.2. Delimitación del problema

El problema de la alimentación autóctona se estudia en hombres y mujeres que se encuentran entre edades de 30 y 60 años de edad. La investigación será realizada durante el intermedio y final de la época lluviosa y se llevará a cabo en una zona rural, específicamente en San Antonio Abajo de Puriscal, San José, Costa Rica.

1.1.3. Justificación

A nivel mundial existe una amplia preocupación por garantizar la alimentación como un derecho humano básico que potencia la calidad de vida, al dotar de los nutrientes necesarios para el desarrollo. Ella en sí misma es un medio de prevención de enfermedades y anomalías en el funcionamiento biológico y psicológico del hombre. En este empeño una de las más importantes batallas es alcanzar una dieta balanceada que garantice una sostenibilidad en su utilización, pero esta depende del conocimiento que se posea.

Por lo tanto, es de suma importancia conocer ampliamente la cultura alimentaria nutricional local, regional y nacional, ya que permite hacer más permanentes las acciones que se realicen

en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las diversas patologías nutricionales que aquejan a la población, porque se podrán desarrollar con base en elementos alimentarios significativos para determinado conglomerado.

Por lo tanto, es importante estudiar zonas como San Antonio Abajo, Puriscal, en donde los consumos de ciertos alimentos tradicionales son mayores que en otras partes de Costa Rica. Claro ejemplo es el consumo de chicharrones por la disponibilidad del producto y sus formas de preparación como las frituras.

Por lo que analizar la forma en la que esta cultura y otros factores como los métodos de cocción pueden desencadenar en daños a corto, mediano y largo plazo en la población.

Un aspecto importante en este estudio se basa principalmente en la relación que pueden tener las variables mencionadas anteriormente con la incidencia de las enfermedades crónicas, ya que es bien sabido que, en un sector como San Antonio Abajo, Puriscal, la incidencia de enfermedades como la dislipidemia es alta y se cree que gran parte de ello es atribuido principalmente por los estilos de vida y consumo de alimentos de las personas, motivo por el cual el estudio resulta de importancia (Miguel Soca, Pedro Enrique, 2009).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En la presente investigación se determinará la relación que puede existir entre los diferentes métodos de preparación y el consumo de productos autóctonos con la prevalencia de diferentes enfermedades crónicas.

¿Cuál es la relación de los métodos de preparación y consumo de productos autóctonos con la prevalencia de enfermedades crónicas en hombres y mujeres de 30-60 años, en el sector de San Antonio Abajo, Puriscal, Costa Rica, 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

En este apartado se presentan los objetivos de estudio, los cuales tienen como finalidad ir junto con los resultados que presente la investigación y así conocer el impacto de cada una de las variables en el estudio.

1.3.1. Objetivo general.

Relacionar los métodos de cocción y el consumo de productos autóctonos, con la prevalencia de enfermedades crónicas en hombres y mujeres de 30-60 años, en el sector de San Antonio Abajo, Puriscal, Costa Rica, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

1.3.2.1. Identificar el factor sociodemográfico de los participantes en el estudio, mediante una encuesta.

1.3.2.2. Determinar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en hombres y mujeres participantes, mediante una encuesta.

1.3.2.3. Describir los productos autóctonos y tradicionales que se consumen en mayor proporción en la comunidad, mediante una encuesta.

1.3.3.4 Definir los métodos de cocción utilizados por los participantes en el estudio.

1.3.3.5. Relacionar los métodos de preparación y el consumo de productos autóctonos y tradicionales, con la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

Este apartado permite conocer los pro y contras que tuvo la investigación durante el periodo en que se ejecutó, con la finalidad de dar a conocer la importancia que tiene el trabajo y también saber de qué forma puede presentar menos inconvenientes en caso de que haya investigaciones similares.

1.4.1 Alcances de la investigación

Es de suma importancia conocer la relación que tiene el consumo de alimentos propios de una zona con la aparición de diversas enfermedades o la preservación de la salud de los lugareños. En el caso de daño, aquel causado por enfermedades crónicas no transmisibles, puede ser mapeado y así identificar cuáles alimentos son los que han venido generando problemas en la salud de la población, y en la actualidad, siguen siendo los responsables directos del desarrollo de dichas patologías.

De igual manera para la población, que en este caso es de una zona rural, es beneficioso conocer cuáles productos pueden generar consecuencias negativas si su consumo se realiza en exceso o en una cantidad mínima, para así evitar prácticas alimentarias que se han transmitido de generación en generación y pueden tener una relación directa o indirecta con la aparición de diferentes enfermedades.

Por último, otro de los alcances que se obtiene de la investigación, es el fortalecimiento e indagación de diversos conceptos nutricionales propios de Costa Rica, lo cual puede generar muchas más investigaciones relacionadas específicamente con este tema.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

La limitación más difícil que se presentó en el estudio, fue el traslado hacia la zona de San Antonio Abajo de Puriscal, ya que cuando se tenía planificado ir a recolectar la información en el lugar, la tormenta Nate (hecho ocurrido en los meses de setiembre y octubre) provocó varios derrumbes en la carretera, imposibilitando así el traslado, por lo que la visita al lugar se tuvo que postergar por varios días. Sin embargo, no fue algo que alteró la metodología del estudio, solo el periodo en el que se realizó la recolección de los datos.

Los resultados obtenidos en dicho estudio, únicamente son aplicables para la zona de San Antonio Abajo, en donde se desarrolló el estudio, ya que no es representativo para toda la zona de Puriscal.

Otra limitación presente en el estudio, fue la falta de artículos científicos que pudieran respaldar los resultados, sin embargo, tomando en cuenta la importancia que podría tener la elaboración de un trabajo con estas características en Costa Rica, se prosiguió con el estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. EVIDENCIA CIENTÍFICA NACIONAL E INTERNACIONAL SOBRE EL CONSUMO Y PREPARACIÓN DE ALIMENTOS AUTÓCTONOS Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

Marín, A, Álvarez, M, Rosique, J. (2004), realizaron un estudio en el municipio de Acandí, Colombia, donde investigaron en qué consistía la alimentación de las personas que habitaban en dicha zona, ya que antropológicamente se considera que las costumbres alimentarias van de la mano con la nutrición y la salud. En dicho estudio se utilizó como metodología la recolección de datos durante dos periodos consecutivos. El primero abarcó desde noviembre a diciembre del 2002 y el segundo, desde febrero a abril del 2003. Durante dichos periodos se recogieron datos de corte etnográficos de 327 hogares del municipio de Acandí, por encuesta. Las preguntas eran abiertas y se dirigían al responsable de la preparación de la comida en el hogar, generalmente la madre, y cuando estaban presentes ambos padres, el padre respondía las preguntas relacionadas con la consecución y producción de los alimentos. Además de la encuesta, se recogió información utilizando metodología cualitativa, tal como: la entrevista, la observación del participante, el diario de campo y la conversación informal. La información se recolectó en las diferentes localidades del municipio en el siguiente orden: Capurganá, San Miguel, Peñalosa, Caleta, San Francisco, Sapzurro y Acandí. De forma que ésta fuese representativa de cada uno de ellos. Los temas registrados fueron los siguientes: patrón alimentario (alimentos consumidos habitualmente en cada una de las comidas que se realizan durante el día), tradición alimentaria, preparaciones en momentos especiales, rechazos y preferencias alimentarias, formas de acceso, y métodos de elaboración, con informantes considerados clave por su relevancia en la comunidad y en el tema de investigación. En los otros instrumentos etnográficos como el diario de campo, se registraron los eventos del día, la

observación en las calles, comentarios de personas, conversaciones paralelas con otros informantes sobre los alimentos, la comida y los sucesos en cuanto a situaciones sociales y de orden público, y todo lo observado sobre el tema investigado. En cuanto a la observación del participante, ésta permitió mayor acercamiento a las personas, por parte del investigador, pues la participación creó un mayor grado de involucramiento y de empatía, de forma que se entró a ser partícipe de la vida alimentaria, obteniendo así una posibilidad de mayor comprensión del fenómeno estudiado. La información reunida a través de las herramientas enunciadas se organizó y se clasificó siguiendo la metodología de conceptos y codificación de información cualitativa, sugerida por Amanda Coffey y Paul Atkinson. En dicha metodología, los datos son reunidos, sistematizados y organizados por medio de códigos, tales como: etiquetas, frases, palabras o ideas significativas, que agrupan un conjunto de datos con carácter similar. La codificación es también una metodología importante porque ayuda a la organización de la información en bloques temáticos. Los códigos representan el vínculo decisivo entre la información obtenida en campo y los conceptos teóricos del investigador. Posteriormente, se logró la transformación de los datos codificados en datos significativos, es decir, se alcanzó el sentido de la información.

En Costa Rica, la CCSS mantiene un largo proceso en la modificación de ciertos platillos tradicionales, esto con la finalidad de prevenir ciertas enfermedades, entre ellas, las que son crónicas no transmisibles. Esto se debe a que la alimentación del costarricense y sus costumbres han pasado de generación en generación. Dichas tradiciones alimentarias, se establecieron en una época donde las personas realizaban mayor esfuerzo físico, pero hoy en día no es así y la dieta sigue siendo muy alta en carbohidratos, por lo que la tendencia a enfermedades como la obesidad tiene una prevalencia elevada. Por este motivo, la CCSS

utiliza como metodología el establecimiento de comisiones locales en la promoción de la salud, las cuales abordan a la población que se encuentra entre los 18 y los 64 años con temas relacionados a la alimentación saludable; a dichas personas se les ofrece una guía con el fin de que adopten acciones preventivas y con esto mantener la salud (Solís, M. 2013).

2.2. CONTEXTO TEÓRICO- CONCEPTUAL

En este apartado se desarrollan diferentes conceptos de la investigación, con el objetivo de que se conozcan a profundidad temas relacionados con las variables que se estudian y que se puedan asociar de cierta forma a los resultados obtenidos en el estudio

2.2.1 Característica del adulto en zona rural

Las características que presentan las personas que habitan en el sector rural, tienden a ser bastante marcadas en comparación con las de las personas que habitan en el sector urbano. Por dicha razón, diferentes autores decidieron enumerar 9 de las características propias de las personas que habitan en las zonas rurales; estas diferencias o comparaciones son:

- a) Diferencias ocupacionales: en el espacio rural desde la juventud, las personas se ocupan con los mismos tipos de actividades como, por ejemplo, la cosecha y el cultivo.
- b) Ambientales: los habitantes rurales sufren la influencia directa del contacto con la naturaleza y las condiciones climáticas.
- c) Tamaño de las comunidades: correlación negativa entre el tamaño de la comunidad y personas ocupadas en la agricultura.
- d) Diferencia en la densidad poblacional: las densidades rurales son relativamente más bajas que las urbanas, debido al cultivo.

- e) Diferencia en la homogeneidad y heterogeneidad de la población: los habitantes rurales tienden a adquirir características semejantes por desarrollar las mismas funciones, siendo más homogéneos dado que no sufren los problemas de una intensa división del trabajo.
- f) Diferenciación, estratificación y complejidad social de los grupos rurales: dado que tienden a ser más homogéneos, de menor complejidad y sin funciones especializadas, el aglomerado rural presenta una estructura simplificada.
- g) Diferencia en la movilidad social: baja movilidad sobre el territorio; en lo rural los hijos tienden a seguir la ocupación de los padres.
- h) Diferencia en la dirección de las migraciones: unidireccional del campo (centro de producción de excedentes) para la ciudad (centro de consumo de excedentes); salvo el período de siniestros como ser: epidemias, hambrunas, entre otros.
- j) Diferencias en los sistemas de integración social: los contactos personales establecidos entre los habitantes rurales son inferiores a los urbanos, debido a la baja movilidad y diversificación de los contactos, pero en contrapartida son más densos y menos efímeros (Romero, Juan. 2012).

2.2.2 Estilos de vida del adulto en zonas rurales

Cuando se habla de estilo de vida en las personas que habitan en zonas rurales, deben existir tres escenarios que permitan comprender lo que se debe hacer, para que se pueda controlar la relación que tiene la aparición de morbilidades con los estilos de vida de dichas personas. El primer escenario es la optimización de las actividades clínicas, el segundo dirigido a la recuperación de la salud pública; tomando como objeto de trabajo la intervención sobre grupos poblacionales y el tercero comprende la posibilidad de incidir en las políticas tanto a nivel nacional, regional y local (Bermeo, Z. 2012).

El concepto de estilos de vida proviene de hace aproximadamente medio siglo atrás y abarca todas aquellas metas que los individuos se imponen para sí y todas las herramientas que se utilizan para poder alcanzar dichos objetivos (Corraliza, J. A., & Martín, R. 2000).

Boyd y Levy (1967), decían lo siguiente de este concepto: “El estilo de vida posee dos características fundamentales; la primera es que el estilo de vida es compartido y la segunda que procede como consecuencia de la anteriormente mencionada, es que predicen características sociales homogéneas, un ejemplo de ello puede ser: patrones de consumo iguales en aquellos que pertenecen al mismo estilo de vida”

Al igual que con el concepto de calidad de vida, para el estilo de vida hay múltiples definiciones y autores que dan su propia definición del mismo, por ejemplo, para Ardi (1994), el concepto de estilo de vida es utilizado principalmente con una concepción descriptiva, clasificatoria y evaluadora y no se le ha contemplado como variable explicativa, incluso se ha llegado a emplear de un modo muy limitado como modelo o patrón de consumo. Sin embargo, existen otras áreas de la vida de una persona que forman parte de los estilos de vida, algunas de esas áreas son: las pertenencias, los intereses, gustos y creencias.

En resumen, se cree que el estilo de vida está compuesto de opiniones, gustos y estados de ánimo que se manifiestan en comportamientos rutinarios, sin existir la necesidad de que sean formulados y decididos en cada momento, de manera aislada y autorreflexiva (Rodríguez Suárez, J., & Agulló Tomás, E.1999).

2.2.3 Estado de salud del habitante rural

Usualmente el estado de salud en los habitantes rurales se ve truncado principalmente por las serias dificultades que hay en el entorno socio-cultural de estas zonas. A eso también hay que

sumarle el poco trabajo con los grupos humanos que conforman las zonas rurales, y las dificultades que existen para asistir las necesidades de salud en sus pobladores. Hay una necesidad de fortalecer los servicios de salud, así como rescatar aspectos tales como la convivencia humana de los pobladores (Vera Rodríguez, José Eduardo, Rojo Pérez, Nereida, & Quiñones Varela, Irene Sofía. 2016).

2.2.4 Hábitos de alimentación

Un hábito de alimentación es algo que normalmente la persona repite día a día y que seguirá así en el transcurso de toda la vida. En las últimas décadas se ha visto la adopción por dietas del sector occidental, que son muy altas en grasas, azúcares y carbohidratos refinados y a su vez son muy bajas en fibra y grasas poliinsaturadas. Es por esta razón que surgen los malos hábitos de alimentación en gran parte de la población; las personas que pueden verse más propensos a tener estas prácticas alimentarias son los estudiantes universitarios, ya que en algunas ocasiones no tienen tiempo para consumir alimentos entre las comidas principales; no desayunan, ayunan por mucho tiempo y tienen como primera opción el consumo de comida chatarra, aspectos que entran en la categoría de malos hábitos de alimentación (Rodríguez R., Fernando, Palma L., Ximen, Romo B., Ángela, Escobar B., Daniela, Aragón G., Bárbara, Espinoza O., Luis, McMillan L., Norman, & Gálvez C., Jorge. 2013).

Los estilos de vida que tengan las personas, así como sus hábitos de alimentación influyen en el estado de salud, ya que se asocian de manera directa en la calidad de vida. Un componente del estilo de vida, es el hábito de alimentación que cada persona tenga y es el que ha provocado algunos de los problemas de salud en la actualidad, ya que normalmente no se consumen frutas o vegetales y como se mencionó anteriormente, la mayoría de alimentos son altos en grasas, azúcares y carbohidratos refinados, que un consumo excesivo de los mismos

va a proporcionar sobrepeso y obesidad en la población en general (Rivera Barragán, María del R. 2006).

La alimentación es un proceso influenciado por aspectos biológicos, ambientales y socioculturales y va a contribuir al crecimiento y desarrollo óptimo. Por dichas razones es de suma importancia que desde edades tempranas se aprenda a desarrollar prácticas saludables y disminuir en la población los malos hábitos de alimentación (Macias M, Adriana Ivette, Gordillo S, Lucero Guadalupe, & Camacho R, Esteban Jaime. 2012).

2.2.4.1 Prácticas alimentarias adecuadas

Parte importante en la promoción de la salud, es el cuidado en los estilos de vida de cada persona y por ende que en ellos exista un consumo adecuado de los alimentos disponibles. Esta es una aptitud que permite que las personas logren tener un mayor control sobre su salud, por lo tanto, el tener prácticas de alimentación adecuadas, va a permitir en parte combatir problemas de salud que vienen siendo cada vez mayores con los años. Prácticas como el seguimiento de dietas inadecuadas, la omisión del desayuno, el consumo excesivo de grasas saturadas, son las costumbres que se quieren eliminar y que se consideran opuestas al concepto de buenas prácticas alimentarias (Rodríguez-Espinosa, H, Restrepo-Betancur F, DeossaRestrepo G. 2015).

Llevar un estilo de vida saludable, en el cual se incluyen las buenas prácticas de alimentación, permite una disminución de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, es por ello que estas prácticas se deben de empezar a formar desde la infancia, pero también durante el periodo universitario de cada persona, ya que son estos momentos en donde se forjan de mayor manera los hábitos, costumbres y prácticas que las personas van a presentar durante el resto de la vida. El presentar prácticas alimentarias poco saludables en conjunto con el

sedentarismo, va a influir fuertemente en las posibilidades de presentar sobrepeso, grasa corporal aumentada y otros factores de riesgo para que se desarrolle la enfermedad cardiovascular (Espinoza O, Luis, Rodríguez R, Fernando, Gálvez C, Jorge, & MacMillan K, Norman. 2011).

2.2.4.2 Métodos de preparación

Se entiende por métodos de preparación, al conjunto de procesos aplicados a los alimentos para conservarlos y hacerlos digeribles y de buen sabor. Esto incluye, desde las preparaciones previas en frío hasta la cocción (Leyva Trinidad, Doris Arianna, & Pérez Vázquez, Arturo. 2015).

En los últimos años, los hábitos y patrones alimentarios, así como los métodos de preparación han cambiado considerablemente. Son muchos los factores que han influenciado estos cambios, y dentro de ellos se encuentran: la modernización de maquinaria y utensilios, los cambios económicos y sociales, la preocupación por motivos de salud, las modas y las influencias de otras culturas (Meléndez Torres, Juana María, & Cañez De la Fuente, Gloria María. 2009).

Además, se presenta una nueva situación por lo que respecta a la utilización de la cocina colectiva, debido a los cambios urbanísticos, como por ejemplo; mayor concentración en zonas urbanas, mayor distancia entre el hogar y el lugar de trabajo. Otro de los factores que colabora a que se den estos cambios es el progreso social, ya que se incurre en jornadas intensivas de trabajo fuera de casa, y por último ha surgido una evolución de las técnicas (Leyva Trinidad, Doris Arianna, & Pérez Vázquez, Arturo. 2015).

Todos estos factores han modificado las características gastronómicas del día a día y han hecho que las personas se alejen de la cocina, en un momento en el que la salud es uno de los aspectos que la población más valora. Así mismo, la industria alimentaria intenta dar respuesta a esta nueva realidad y a las motivaciones de la población en relación con la alimentación. Es por este motivo que resulta tan importante resaltar los métodos de preparación que se utilizan con mayor regularidad (Meléndez Torres, Juana María, & Cañez De la Fuente, Gloria María. 2009).

2.2.5 Producto tradicional

Los productos tradicionales están estrechamente vinculados con factores geográficos y culturales de cada zona, por lo que un alimento tradicional es aquel que, a pesar de no ser nativo del lugar, su consumo es característico por factores como las costumbres alimentarias que hayan pasado de generación en generación o la disponibilidad que el mismo presente (Arzeno, Mariana, & Troncoso, Claudia Alejandra. 2012).

2.2.6 Producto autóctono

La palabra autóctono proviene del griego y significa propio de la tierra, cuando se habla de un producto autóctono, se deben considerar diferentes factores, entre ellos: la extensión del territorio, lo que se come o cultiva y el tiempo en el que el producto ha sido cultivado en dicha región. Estos alimentos van pasando de generación en generación y con ellos se van formando hábitos de alimentación entre los habitantes de ciertas zonas (Nunes dos Santos, Cristiane. 2007).

2.2.6.1 Consumo de productos autóctonos

Los productos autóctonos de una zona rural, básicamente se refiere a aquellos productos que se cultivan y producen en determinado sector de una población y que no se consiguen con la

misma facilidad en otras partes. Los productos autóctonos están dentro de la cultura de cualquier sociedad y tienen una estrecha relación con los recursos naturales comestibles y el desarrollo tecnológico que ha ido evolucionando. Para lograr entender de mejor forma la caracterización y evolución de nuestra alimentación es necesario saber cómo se vincula a la producción, a la forma de obtención de los productos comestibles y del consumo y distribución de los alimentos. De igual forma se deben identificar los escenarios sociales, económicos y culturales y para lograr comprender todos estos aspectos, es necesario conocer los productos autóctonos de la zona, ya que de ellos va a depender el repertorio de alimentos del lugar (Meléndez Torres, Juana María, & Cañez De la Fuente, Gloria María. 2009).

Como se explicó anteriormente, la comida es un tema tanto cultural como político; lo que se come, la manera en la que se consume, va a depender de los productos autóctonos que se cultiven en la zona. La variabilidad que exista es una forma de conocer la diversidad, creatividad y cambio cultural en el tiempo y espacio que hay en esa población. Los productos autóctonos de una población son una forma de poder comunicarse, de crear vínculos afectivos y de identificación y diferenciación social con otras zonas (Matta, R. 2014).

2.2.7 Enfermedades crónicas no transmisibles

Las ECNT son un grupo de padecimientos que contribuye a la mortalidad. Entre las principales enfermedades crónicas no transmisibles, se encuentran: la diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedades cerebro vasculares, usualmente las personas que mueren por este tipo de enfermedades, es debido a un proceso que pudo haber iniciado hasta décadas atrás. Hay algunas de estas patologías en las cuales su evolución se puede modificar con ciertos aspectos y estos van a determinar su incidencia, ejemplo de ello son: la obesidad, el sobrepeso, el sedentarismo o hasta una dieta inadecuada (Córdova-Villalobos, J. Á.,

Barriguet-Meléndez, J. A., Lara-Esqueda, A., Barquera, S., Rosas-Peralta, M., Hernández-Ávila, M., ... & Aguilar-Salinas, C. A. 2008).

Otra de las definiciones que se les da a las enfermedades crónicas es la de que se les considera un trastorno orgánico o funcional, que hará que el paciente tenga que modificar el estilo de vida con un carácter obligatorio. Por lo tanto, es un problema que puede atacar a todos los grupos de edad, aunque mayoritariamente aparece en las personas adultas. Estas enfermedades producen una importante limitación en la calidad de vida de quien las padezca (Avellaneda, A., Izquierdo, M., Torrent-Farnell, J., & Ramon, J. R. 2007).

Por otra parte, se explica que la etiología de estas enfermedades aún no está muy clara y que lo que sí se sabe con certeza es que hay varios factores que en conjunto pueden dar pie a estas patologías, entre esos factores se encuentran: el ambiente, los estilos de vida propios de la persona, material hereditario, los niveles de estrés, calidad de vida y por último la presencia de una enfermedad persistente que con el paso del tiempo puede pasar a ser una enfermedad crónica (Vinaccia, S., & Orozco, L. M. 2005).

2.2.7.1 Diabetes Mellitus tipo II

Es un conjunto de síndromes hiperglucemiantes que resultan de la combinación de un defecto en la función de las células beta del páncreas y, por otra parte, de la disminución de la sensibilidad de la insulina en los tejidos diana, que son el músculo esquelético y los adipocitos. Ambas alteraciones se ven condicionadas por la interacción entre genes aún mal definidos y por factores ambientales, ligados estrechamente al estilo de vida individual y colectiva, también a una nutrición inadecuada y al sedentarismo (Anchuelo, A. C., Pinto, R. C., & Ríos, M. S.2004).

Según la OMS “La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento de la glucosa en la sangre)”.

Mientras que específicamente definen a la diabetes mellitus tipo II como no insulino dependiente o bien una enfermedad que aparece en mayor medida en los adultos, el origen de la misma está en la incapacidad del cuerpo para poder utilizar de manera efectiva, la insulina, lo que en gran medida se debe a un exceso de tejido graso en la persona o bien a una inactividad física muy prolongada (OMS, 2016-a).

Otros estudios explican como la diabetes tipo II, aparece en pacientes con diferentes grados de resistencia a la insulina, pero además de esto se requiere también que exista un déficit en la producción de la misma, que puede o no llegar a ser predominante, por lo tanto, para que llegue a existir un aumento en la glucemia, ambos factores deben estar presentes (Lozano Álvarez, Elio Edgar. 2014).

El exceso del tejido graso en una persona va a sugerir que el paciente puede presentar resistencia a la insulina, mientras que su tránsito promovido por un peso saludable va a indicar que hay una reducción progresiva en la producción de la hormona (Lozano Álvarez, Elio Edgar. 2014).

2.2.7.2 Dislipidemia

Es un trastorno en los lípidos en sangre, caracterizados por un aumento en los niveles de colesterol y un incremento en las concentraciones de triglicéridos. Usualmente las dislipidemias aumentan el riesgo de aterosclerosis, ya que favorecen el depósito de lípidos en

las paredes arteriales, al igual que por su elevada prevalencia, aumenta el riesgo de morbilidad y muerte por diversas enfermedades y su carácter tratable. Esta enfermedad se ha convertido en un problema de salud a nivel mundial (Miguel Soca, Pedro Enrique.2009).

También se puede definir a la dislipidemia como una condición asintomática en sus fases tempranas y es considerada como uno de los principales factores de riesgo, para desarrollar en el futuro la enfermedad cardiovascular (Gómez, C. 2007).

Una definición más generalizada de las dislipidemias, es el conjunto de enfermedades asintomáticas, que tienen en común ser causadas por concentraciones inadecuadas de las lipoproteínas sanguíneas. Las dislipidemias normalmente están relacionadas con un sin número de comorbilidades asociadas con la obesidad. Dentro de esas comorbilidades se encuentran: la resistencia a la insulina y la hipertrofia del ventrículo izquierdo (Gómez, C. 2007).

Existen diferentes tipos de dislipidemias y entre las principales se encuentran las siguientes:

- ✓ hipoalfalipoproteinemia (colesterol HDL < 40 mg/dL), refiere una cantidad del HDL (colesterol bueno), menor al ideal.
- ✓ hipercolesterolemia (colesterol total ≥ 200 mg/dL)
- ✓ hipertrigliceridemia (triglicéridos ≥ 150 mg/dL)

Estas son las dislipidemias de mayor prevalencia y cada una refiere alguna anomalía en el perfil de lípidos del individuo. Por ejemplo, la primera de ellas, evidencia una cantidad de HDL (colesterol bueno), menor al ideal, la segunda indica un nivel de colesterol total por encima de los índices ideales y, por último, el tercer tipo de dislipidemia arroja una cantidad de triglicéridos por encima de la cantidad ideal (Revista mexicana de cardiología, 2013).

Por otra parte, la guía de la CCSS indica que la clasificación total de colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos (mg/dL) es la siguiente:

- ✓ LDL- colesterol (mg/dL)
 - < 100 mg/dL: óptimo
 - 100 – 129 mg/dL: cercano a lo óptimo
 - 130 – 159 mg/dL: limítrofe alto
 - 160 – 189 mg/dL: alto
 - ≥ 190 mg/dL: muy alto

- ✓ Colesterol total
 - < 200 mg/dL: deseable
 - 200 – 239 mg/dL: limítrofe alto
 - ≥ 240 mg/dL: alto

- ✓ HDL- colesterol
 - < 40 mg/dL: bajo

 - >60 mg/dL: alto

- ✓ Triglicéridos
 - < 150 mg/dL: normal
 - 150 – 199 mg/dL: limítrofe alto
 - 200 – 499 mg/dL: alto
 - >500 mg/dL: muy alto

Por lo tanto, se puede analizar, que tanto las guías de México, así como las de Costa Rica presentan valores similares para la clasificación de las dislipidemias (CCSS, 2004).

2.2.7.3 Hipertensión arterial

Esta es una enfermedad que afecta primordialmente a las personas adultas, los pocos síntomas que produce en su inicio, unido al daño que ocasiona en la gran mayoría de órganos, han hecho que se le conozca como el enemigo silencioso (Miguel Soca, Pedro Enrique, & Sarmiento Teruel, Yamilé. 2009).

La hipertensión arterial (HTA) en adultos se define como cifras de presión sistólica y diastólica mayores o iguales a 140/ 90 mm Hg en reposo, a la hora de tomar estos valores de presión arterial, la persona debe estar en completo reposo, al menos 5 minutos antes no debe haber realizado ningún esfuerzo físico, para que dichos valores no salgan alterados, el paciente tampoco debe de encontrarse en estado de excitación, ni haber bebido previamente alcohol o café y también se recomienda que al menos 30 minutos antes de realizar las pruebas la persona no haya fumado, esto con el fin de como se mencionó anteriormente, que los valores no salgan alterados por alguno de estos factores y obtener las cifras reales de la presión arterial del paciente (Miguel Soca, Pedro Enrique, & Sarmiento Teruel, Yamilé. 2009).

Existe una clasificación para poder ubicar los niveles de presión arterial y que el paciente conozca si es hipertenso o no y en dado caso de que lo sea, cual es el grado de la misma, la tabla clasifica la presión arterial en los siguientes niveles:

- ✓ Normal < 120/80 mm Hg.
- ✓ Prehipertensión 120-139/80-89 mm Hg.

Hipertensión:

- ✓ Grado I: 140-159/90-99 mm Hg.
- ✓ Grado II: 160-179/100-109 mm Hg.
- ✓ Grado III: 180/120 mm Hg.

Se menciona que hoy en día no solo la cifra de presión diastólica es importante para el diagnóstico de la HTA, sino que también la hipertensión sistólica aislada, cuando las cifras de presión arterial máxima o sistólica es mayor o igual a 140 mm Hg y la presión mínima o diastólica es inferior a 90 mm de Hg (Miguel Soca, Pedro Enrique, & Sarmiento Teruel, Yamilé. 2009). Se asocia a un mal diagnóstico y de igual manera se ha demostrado que una reducción en la presión sistólica puede tener un mayor impacto que la reducción de la presión diastólica, esto si se busca una protección cardiovascular y renal, que pueden ser los principales dañados por la enfermedad (Lama T, Alexis, & Oliva P, Luis. 2001).

2.2.7.4 Obesidad

Es una enfermedad crónica de origen multifactorial, consecuencia de un desbalance positivo de energía, mantenido por un tiempo prolongado, siendo un problema de salud pública y convirtiéndose en una pandemia, tanto en etapa infantil como en la madurez. Este problema se tiene presente en las poblaciones de todos los continentes, presentándose con grandes variaciones entre países y dentro de los países, se observa que en los países de bajos ingresos, la obesidad es más común entre las mujeres de mediana edad (Arciniega, S. C. 2002).

Otras de las definiciones que se pueden encontrar es que la obesidad es un estado pro-inflamatorio crónico en el cual participan una serie de procesos celulares incluyendo cambios fenotípicos de macrófagos, alteraciones en el equilibrio de citoquinas, y un aumento en la expresión de moléculas reguladoras del sistema inmune derivadas de adipocitos y macrófagos

residentes de tejido adiposo – también denominadas adipoquinas. Tales adipoquinas como la leptina, la adiponectina, y la resistina, son, entre otras, algunas de las más estudiadas hasta el momento (Urrego, T., Vázquez, G. M., & Gómez-Puerta, J. A. 2016).

También se considera que la obesidad es un factor de riesgo. En los países desarrollados y en vías de desarrollo, muchas de las siguientes enfermedades figuran entre las principales causas de morbilidad: la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, los accidentes vasculares cerebrales, el cáncer, los problemas articulares, enfermedades respiratorias y digestivas, hepáticas y pancreáticas, insuficiencia venosa crónica, trombosis, enfermedades renales, gota, respuesta inmune deficiente, trastornos del sueño, infertilidad, depresión y trastornos emocionales y conductuales.

Entre los problemas más graves relacionados con la obesidad están el síndrome metabólico y la diabetes, los cuales se encuentran dentro de los principales problemas de salud pública en Costa Rica y actualmente se consideran enfermedades autoinflamatorias, y además tienen una relación muy estrecha con la obesidad. Sus mecanismos fisiopatológicos comienzan a erosionar el organismo desde la infancia, ya que la obesidad infantil se asocia con resistencia a la insulina, junto con anomalías lipídicas y lesiones vasculares (Fernández, J. 2016).

La obesidad también es común entre las personas de mediana edad, sin embargo, se presenta la incidencia cada vez mayor entre los adultos jóvenes y los niños. En tiempos pasados, se decía que una persona robusta era una persona saludable, que nunca se podía enfermar, sin embargo, a través del tiempo, se ha descubierto que la obesidad se origina a partir de múltiples factores genéticos, ambientales, nutrimentales, conductuales, así como la interacción entre ellos, presentando el deterioro de la salud aunado con patologías como las cardiovasculares, diabetes, respiratorias, psicológicas y otras.

Debido al gran problema que desencadena esta enfermedad, la Organización Mundial de la Salud declaró a la obesidad como una epidemia global, la cual es provocada por la urbanización, que impide a la población realizar alguna actividad física, aunado al acceso fácil de alimentos con alto aporte energético, originando diversas alteraciones como la obesidad entre las personas. Sin embargo, a pesar de que las personas están informadas sobre esta enfermedad y sus consecuencias, hacen caso omiso y siguen llevando a cabo su estilo de vida. Por lo tanto se cree que es más un problema de educación y no tanto de información, con el propósito de mejorar el estado de salud del individuo. Y si no se crea conciencia sobre la enfermedad, esta seguirá en incremento durante los próximos años (Moreno, G. M. 2012).

2.2.7.5 Cáncer

Cáncer es el nombre que se da a un conjunto de enfermedades relacionadas. En todos los tipos de cáncer, algunas de las células del cuerpo se empiezan a dividir sin detenerse y se diseminan a los tejidos del derredor. El cáncer puede empezar casi en cualquier lugar del cuerpo humano, el cual está formado de trillones de células. Normalmente, las células humanas crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las remplazan. Sin embargo, en el cáncer, este proceso ordenado se descontrola. A medida que las células se hacen más y más anormales, las células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas que se llaman tumores (NIH, 2015).

Los tumores cancerosos son malignos, lo que significa que se pueden extender a los tejidos cercanos o los pueden invadir. Además, al crecer estos tumores, algunas células cancerosas pueden desprenderse y moverse a lugares distantes del cuerpo por medio del sistema

circulatorio o del sistema linfático y formar nuevos tumores lejos del tumor original. Al contrario de los tumores malignos, los tumores benignos no se extienden a los tejidos cercanos y no los invaden. Sin embargo, a veces los tumores benignos pueden ser bastante grandes. Al extirparse, generalmente no vuelven a crecer, mientras que los tumores malignos algunas veces vuelven a crecer. Al contrario de la mayoría de los tumores benignos en otras partes del cuerpo, los tumores benignos que aparecen en el cerebro pueden poner la vida en peligro (NIH, 2015).

2.2.8 Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles

Enfermedades tales como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus del tipo 2 y la arterosclerosis son enfermedades crónicas no transmisibles que usualmente aparecen en la edad adulta y su prevalencia, a nivel mundial, va en un ascenso, lo que se puede catalogar como dramático. En la mayoría de los países desarrollados han logrado empatar o hasta superar la prevalencia de las enfermedades infecciosas. A este cambio que ha surgido en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles se le ha llamado transición epidemiológica.

Otros de los elementos que influyen de manera negativa en el incremento de dichas patologías, son los factores de riesgo como el sobrepeso o la obesidad, los factores genéticos subyacentes y la influencia del medio ambiente, también colaboran a que la prevalencia de las ECNT vaya en aumento (Velázquez-Monroy, Óscar, Rosas Peralta, Martín, Lara Esqueda, Agustín, Pastelín Hernández, Gustavo, Sánchez Castillo, Claudia, Attie, Fause, & Tapia Conyer, Roberto. 2003).

La prevalencia de dichas enfermedades se podría ver disminuida si se organiza, de manera planificada y multifactorial, un conjunto de acciones que permitirían reducir o disminuir la aparición de las mismas (Marimón Torres, Eugenia Rita, Orraca Castillo, Odalys, Casanova Moreno, María Caridad, Paredes Díaz, Roberto, & Mendoza Ferreiro, Maricel. 2013).

A su vez, el aumento de la incidencia de las ECNT es una consecuencia directa de la prevalencia de los precursores del proceso aterosclerótico, como: la hipertensión arterial sistémica, la hipercolesterolemia, el tabaquismo, los estados disglucémicos y la obesidad. Estas entidades pertenecen al grupo de enfermedades llamadas “enfermedades crónicas no transmisibles”, resultado de un complejo entramado de alteraciones genéticas cuyo papel patogénico requiere ser expandido por factores de origen ambiental (Marimón Torres, Eugenia Rita, Orraca Castillo, Odalys, Casanova Moreno, María Caridad, Paredes Díaz, Roberto, & Mendoza Ferreiro, Maricel. 2013).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Se utiliza un enfoque mixto ya que la investigación complementa los enfoques cualitativo y cuantitativo, debido a que los datos que se pretenden recolectar abarcan ambos enfoques y permitirá tener una visión integral de la investigación que se realizará.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

En su parte cualitativa es un estudio de mini etnografía focalizada en la conducta alimentaria de un grupo humano específico, y en su parte cuantitativa es un estudio correlacional debido a que la investigación estudia la relación que tiene el consumo de productos autóctonos y métodos de preparación con la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La primera fase cualitativa, es donde se recolecta información mediante la técnica de grupo focal, mientras que la segunda fase cuantitativa corresponde al uso de la técnica de la entrevista estructurada a un grupo de personas representativas de la comunidad en estudio.

3.4 ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se hace en la comunidad de San Antonio Abajo de Puriscal, distrito ocho, fundado en el año 1950, que presenta un número aproximado de 3984 habitantes y 1258 viviendas. Dicha comunidad presenta alta disponibilidad de tránsito, así como de alimentos básicos. Es un sector con un estado socioeconómico medio, por lo que el acceso puede estar limitado para ciertas condiciones de salud o alimentación. Es una zona en donde se aprovecha mucho la producción agrícola y ganadera, haciendo que los productos que se consumen en mayor cantidad, sean provenientes de las prácticas mencionadas anteriormente.

3.4.1. Población

En la investigación se cuenta con adultos hombres y mujeres entre 30 y 60 años de edad, oriundos de San Antonio Abajo de Puriscal y que en total son 64; de acuerdo con Estadísticas DEL CAIS DE PURISCAL, Departamento de Atención Primaria, información que se recolectó el 16 de agosto del 2017.

3.4.2. Muestra

La muestra del estudio indica el total de personas a las que se les debe aplicar el instrumento, esto con la finalidad de poder inferir propiedades de la totalidad de la población y así obtener resultados certeros.

$$n = \frac{NZ^2 * PQ}{d^2(N-1) + Z^2 * PQ}$$

$$n = 64 * (1.96)^2 * (0.5) * (0.5) / (0.1)^2 * (64-1) + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5) = 38 \text{ personas}$$

3.4.3. Criterios de inclusión y exclusión

Estos criterios son utilizados, para tener plena claridad a qué personas pertenecientes a la zona de estudio se les debe aplicar el instrumento y a cuáles no, esto va a depender del tipo de datos y resultados que se espera obtener en la investigación.

Tabla N° 1, Criterios de inclusión y exclusión para la población en estudio

| Criterios de inclusión. | Criterios de exclusión. |
|--|---|
| Hombres y mujeres de 30-60 años de edad. | Hombres y Mujeres con algún problema mental. |
| Hombres y mujeres oriundos de San Antonio Abajo, Puriscal. | Hombres y mujeres que no contesten alguna parte de la entrevista. |
| | Hombres y mujeres extranjeros. |

Fuente: elaboración propia.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Este apartado permite conocer y profundizar de mayor manera las variables que se estudian, con la finalidad de que los resultados de la investigación sean claros y precisos y siempre vayan de la mano con los objetivos del estudio, y así no dejar de lado algún tema que se encuentre implícito en las variables.

Tabla N° 2, operacionalización de variables para los objetivos del estudio

| Objetivo específico. | Variable. | Definición conceptual. | Definición operacional. | Dimensión. | Indicadores |
|---|--------------------------|---|--|--|--|
| Identificar el factor sociodemográfico de los participantes en el estudio, por medio de una encuesta. | Factor sociodemográfico. | Es una característica de la condición social y biológica de las personas que habitan la comunidad | Se aplicará un cuestionario que permita conocer las condiciones sociales y biológicas de cada participante | Condición biológica. Sexo. Edad. | Años de estudio. Rango de escolaridad. Categoría de ocupación. |
| Objetivo específico. | Variable. | Definición conceptual. | Definición operacional. | Dimensión. | Indicadores |
| Definir los métodos de preparación | Métodos de preparación | Formas en la que una persona tiende | Se aplicará un cuestionario, | Métodos finales: Fritura, | Categoría de los métodos finales. |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|
| utilizados por los participantes en el estudio | n | a elaborar sus comidas | en donde se permita conocer los principales métodos utilizados para consumir los alimentos autóctonos. | vapor, hervido, etc. | |
| Objetivo específico. | Variable. | Definición conceptual. | Definición operacional. | Dimensión. | Indicadores |
| Describir los productos autóctonos y tradicionales que consumen en mayor proporción en la comunidad mediante una encuesta | Productos autóctonos y tradicionales | Alimentos de origen animal o vegetal que se consumen solo en una región específica. | Se aplicará un cuestionario a los participantes, en donde se permita conocer los principales productos consumidos en la comunidad. | Alimentos de origen animal o vegetal consumidos en la comunidad. | Categoría de los alimentos de origen animal y vegetal consumidos en la comunidad. |
| Objetivo específico. | Variable. | Definición conceptual. | Definición operacional. | Dimensión. | Indicadores |
| Determina la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en hombres y mujeres participantes, mediante una encuesta | Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. | La prevalencia es la proporción de individuos que presentan un evento en un tiempo determinado | Mediante un cuestionario se preguntará a los participantes del estudio, la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipidemias, y otros | Presencia o ausencia de enfermedades crónicas no transmisibles . | Número de ausencia o presencia de enfermedades crónicas no transmisibles . |

Fuente: elaboración propia, 2017

3.6. INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de datos y la ejecución del estudio, se elaboran varios instrumentos, los cuales se prueban mediante un plan piloto, implementado en una población con características similares a la del estudio, esto con el fin de darle validez al instrumento y así poder utilizarlo en el estudio propio de la investigación.

3.6.1. Etapa preliminar: Prueba piloto

Se aplica un total de 5 encuestas a 5 personas pertenecientes a la zona de San Antonio Abajo de Puriscal. La cantidad de encuestas se debió a que fue aproximadamente un 10% de la muestra. Esta etapa preliminar se realizó con el objetivo de comprobar si cada uno de los apartados presentes en las encuestas podía ser bien comprendido y respondido por las personas, y en dado caso de que surgiera alguna duda o sesgo en las respuestas, se procediera a cambiar lo que estuviera generando confusión. Esta etapa se utilizó después de la fase cualitativa en donde se usó la técnica de grupo focal, y se aplicaron 6 preguntas a 8 personas representativas de la zona.

Por lo tanto a la hora de aplicar esta prueba, se pudo observar que 3 de los 4 apartados resultaron entendibles y realizables sin ningún tipo de dificultad. Sin embargo, el apartado para medir los métodos de preparación más utilizados, fue quizá en el que hubo mayor confusión entre los participantes, ya que en el mismo se les solicitaba apuntar cuáles métodos de preparación utilizaban para cuatro productos emblemáticos de la zona, pero no se les dio opciones, así que las respuestas de algunos de los participantes resultaron ambiguas, por lo que se decidió, modificar un poco este instrumento y se procedió a utilizar una lista de todos

los alimentos propios de la zona y darles 4 opciones de los métodos de preparación, que se obtuvieron previamente en el grupo focal, y con esto buscar respuestas más concretas que puedan agilizar el estudio y los resultados.

3.6.2. Trabajo de campo.

Una vez que se comprobó que los 4 instrumentos elaborados resultaban entendibles, se procedió a realizar el estudio cuantitativo, donde se aplica un total de 38 encuestas a personas pertenecientes a la zona de San Antonio Abajo de Puriscal, que no pertenecieron a la etapa preliminar; esto con el objetivo de no sesgar la investigación. A cada persona se le realizó las preguntas por separado; hubo un 20% de las personas a las que este proceso se les aplicó en la calle, debido a que en el momento se encontraban saliendo del hogar, mientras que a un 80% de la muestra se le aplicó en la casa de cada uno de ellos, garantizando en ambos que no existieran agentes distractores, para que no hubiera respuestas ambiguas. Ya con la información recolectada, se procede a ejecutar una base de datos, para evaluar los resultados.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de la parte cualitativa (identificación de los productos autóctonos y tradicionales de la comunidad en estudio) y trabajo de campo que se presentaron en el estudio, los valores se presentan en forma de gráficos, tablas o texto, para una mayor comprensión del lector.

4.1. GENERALIDADES DE LOS PRODUCTOS AUTÓCTONOS Y TRADICIONALES ENCONTRADOS

Se presentan los resultados según lo obtenido en la elaboración del grupo focal, en donde se aplicaron un total de seis preguntas a ocho personas representativas de la zona de San Antonio Abajo de Puriscal, en cuanto a los criterios de inclusión y exclusión, en donde se vieron temas tales como: los productos que se consumían en el pasado, las razones principales del por qué se presentaba ese tipo de alimentación en la zona, los métodos de preparación que se aplican de mayor manera en la actualidad, y otros. Esta técnica tuvo una duración de hora y media aproximadamente.

En la siguiente tabla se presenta una lista de alimentos y preparaciones que se consumían con regularidad en la zona de San Antonio Abajo de Puriscal:

Tabla N^o 1

Alimentos y preparaciones consumidas con regularidad por los antepasados en San Antonio Abajo, Puriscal, 2017.

| Lácteos | Frutas | Vegetales de hoja | Verduras | Carnes y huevos | Azúcares y grasas |
|-------------------------------|--|--------------------------|---|------------------------|---|
| Leche agria* | Cítricas Naranja agria Limón | Zorrillo** | Tubérculos Tiquisque Ñampí | Pollo | Azúcares |
| Leche de vaca sin pasteurizar | | Chicasquil** | | Gallina | Tapa de dulce* Melcocha* Caña de azúcar Agua de sapo* |
| Queso casero | Musáceas Banano | | Leguminosas | Pellejo de cerdo | |
| | Mirtáceas Guayaba Cas Manzana rosa Manzana de agua | | Frijoles rojos Cucurbitáceas Ayote tierno** | Chorizo* | Grasas |
| | Anacardiácea Jocote Mango | | | Chicharrones* | Manteca vegetal* Manteca animal Semillas de guaba de caite Semillas de marañón** |
| | Oxalidáceas Carambola | | Cereales Maíz** | Huevos de gallina | |

Fuente: elaboración propia, 2017.

La tabla N^o 1 está organizada por seis grupos alimentarios. Dentro de estos grupos se encuentran preparaciones marcadas por un asterisco *, mientras que los productos considerados como autóctonos están marcados con dos asteriscos **. El grupo N^o 2, el cual

corresponde al de las frutas, es el que presenta mayor cantidad de elementos, por lo que es el grupo más versátil del pasado, ya que como así lo mencionaron varios de los participantes del grupo focal, ellos solo tenían que “treparse” a un árbol, para conseguir la mayoría de frutas que consumían, por lo que era algo que facilitaba su obtención, mientras que el grupo N^o 3, que corresponde al de vegetales de hoja es el que menor cantidad de elementos posee. Dentro de algunas preparaciones resalta el agua de sapo, que se encuentra en el grupo N^o 6, el cual corresponde a las grasas y los azúcares. Esta preparación fue muy resaltada por los participantes y está compuesta por tapa de dulce y jugo de limón mandarina o de naranja agria.

A continuación, se exponen los resultados acerca de las razones por las que la población se alimentaba según como se observa en la tabla N^o 1:

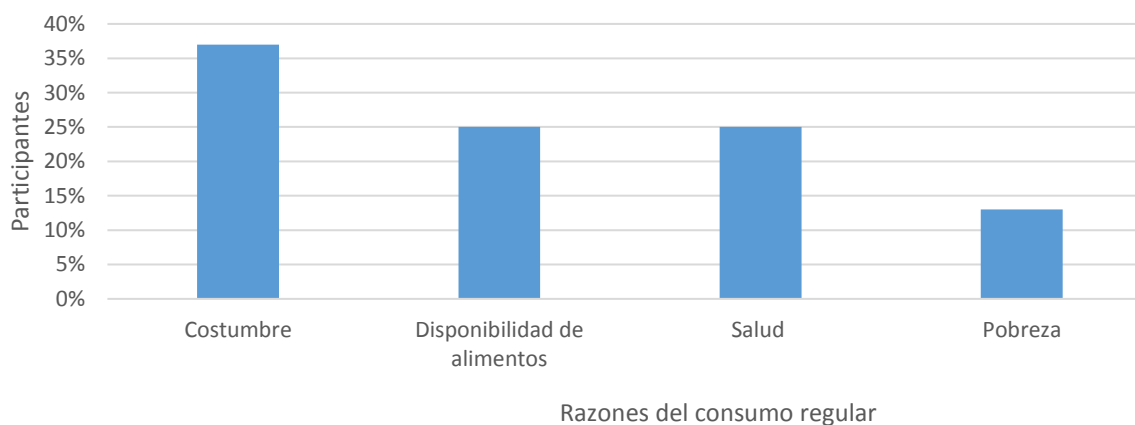


Figura N^o 1 Motivos principales del por qué la población se alimentaba de cierta manera, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017. Fuente: elaboración propia.

La Figura N^o 1 representa las razones principales por las cuales la población se alimentaba de cierta forma; 3 personas consideraron que el motivo principal era la costumbre, mientras que 1 persona mencionó que se debía a un tema de pobreza; razones asociadas a tópicos como la

salud y la disponibilidad de alimentos fueron las razones más estandarizadas en el grupo (2 personas) de las razones respectivamente.

A continuación, se exponen los resultados acerca de las patologías que se presentaban en la comunidad:

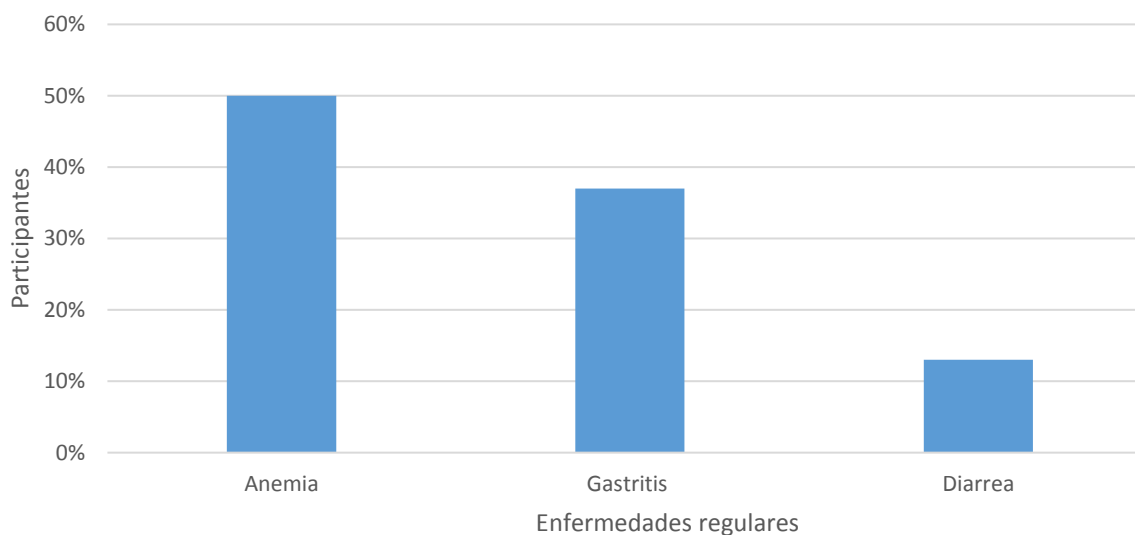


Figura N ° 2 Patologías que se presentaban de mayor forma en la comunidad, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017. Fuente: elaboración propia.

La Figura N ° 2 representa los datos según las enfermedades que se presentaban en la zona de estudio, en donde 4 personas señalaron la diarrea como la patología que se presentaba de mayor forma, mientras que 1 persona indicó la anemia como una enfermedad que aparecía con menos regularidad; 3 personas del grupo de estudio, mencionó la gastritis como el segundo padecimiento más común que se presentaba en la zona, y que podía estar relacionado con la forma de alimentación de los participantes o la inocuidad de los productos que consumían. Según los participantes del grupo focal, cuando había alguien que presentaba gastritis, había gente que la confundía con la hepatitis, por lo que se pensaba que era muy grave.

A continuación, se exponen los resultados de métodos de preparación que se utilizan actualmente:

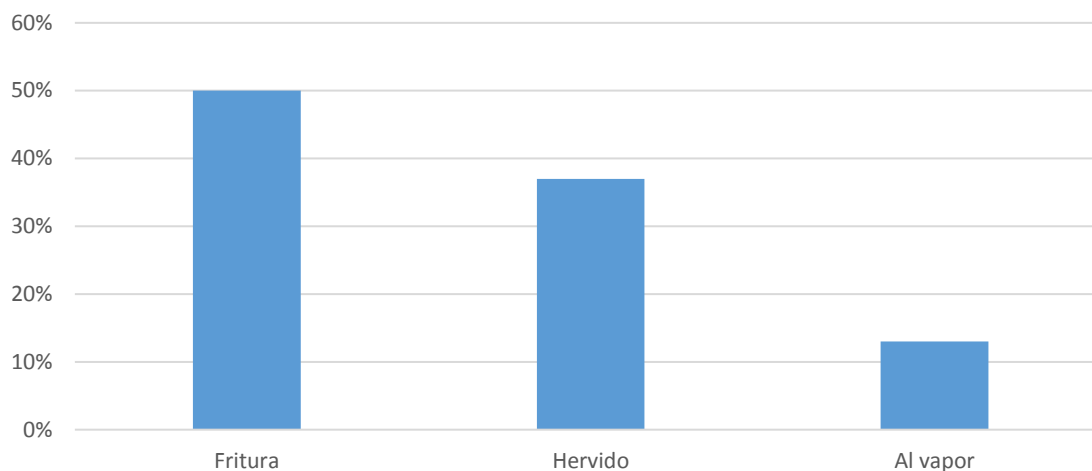


Figura N ° 3 Métodos de preparación de alimentos utilizados, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017. Fuente: elaboración propia.

La Figura N ° 3 representa los datos según los métodos de preparación que se utilizan en la actualidad en los alimentos; 4 personas indicaron que el método de cocción que utilizan en mayor proporción es la fritura, mientras que la técnica culinaria al vapor es la menos utilizada, ya que solo 1 persona la mencionó. Las preparaciones hervidas apenas son una tendencia en el grupo de participantes, ya que menos (3 personas) las utiliza.

4.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES

A continuación, se exponen los resultados acerca de los Grupos de edad, según sexo de los participantes

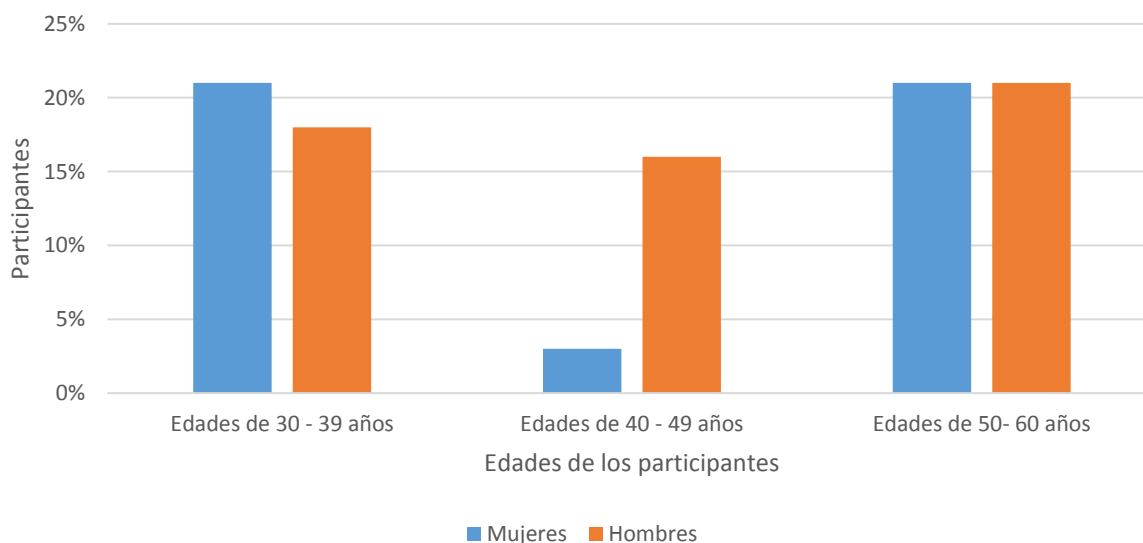


Figura N ° 4 Grupos de edad según sexo de los participantes del estudio, San Antonio, Abajo, Puriscal, 2017. Fuente: elaboración propia.

La figura N ° 4 representa los datos de las 38 personas de estudio, según sexo y edad de los participantes del estudio, en donde un 55 % (n=21 personas) del total del grupo son hombres, de los cuales un 21 % (n=8 personas) se encuentran entre los 50-60 años, mientras que un 16% (n=6 personas) , entre 40 – 49 años; por otra parte un 45 % (n=17 personas) representa la totalidad de mujeres participantes, de las cuales un 21 % (n=8 personas) se encuentra en edades de 50-60 años, mientras que un 3 % (n=1 persona) está dentro del rango de 40-49 años. Estos datos revelan que en general las edades de los participantes describen una “u”, con mujeres y hombres jóvenes (30-39 años) y mayores (50-60 años) y pocos a nivel intermedio

(40-49 años); el grupo de hombres contó equitativamente con representantes en todos los grupos de edad (barras similares en todos los grupos de edad) que el de las mujeres (barra intermedia más pequeña que las de los lados). Esta situación pudo deberse a que en la zona hay mayor cantidad de hombres que de mujeres, como es típico en las zonas rurales costarricenses.

A continuación, se exponen los resultados sobre la escolaridad de los participantes:

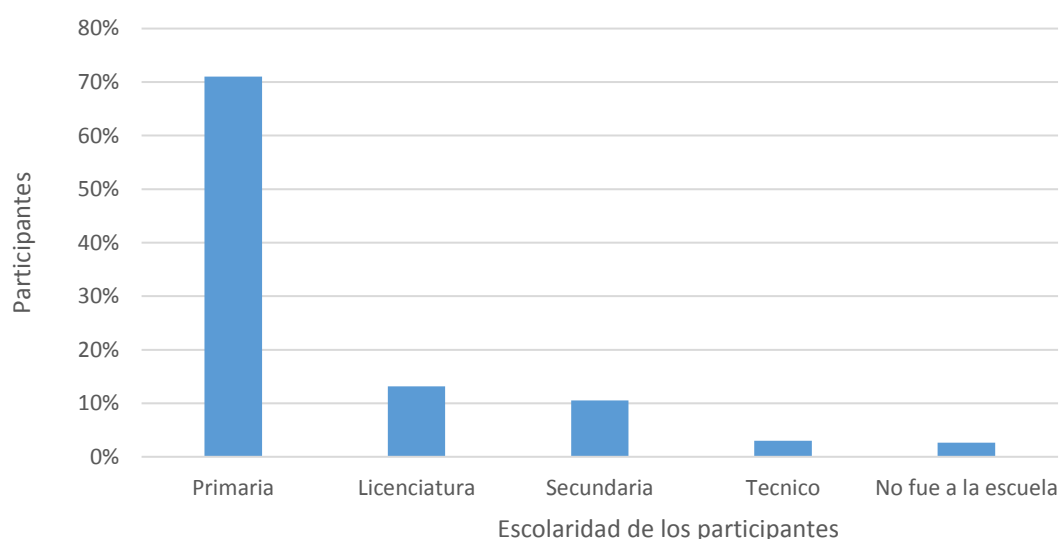


Figura N ° 5 Escolaridad de los participantes del estudio, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017.

Fuente: elaboración propia.

La Figura N ° 5 representa los datos según la escolaridad de los participantes del estudio, en donde un 71 % (n=27 personas) del grupo asistió a la primaria, mientras que un 3 % (n=1 participante) no asistieron a la escuela o sacaron un técnico respectivamente, el resto 25 % (n=10 personas) posee una instrucción secundaria o superior.

4.3 PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS PARTICIPANTES

A continuación, se exponen los resultados sobre la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles:

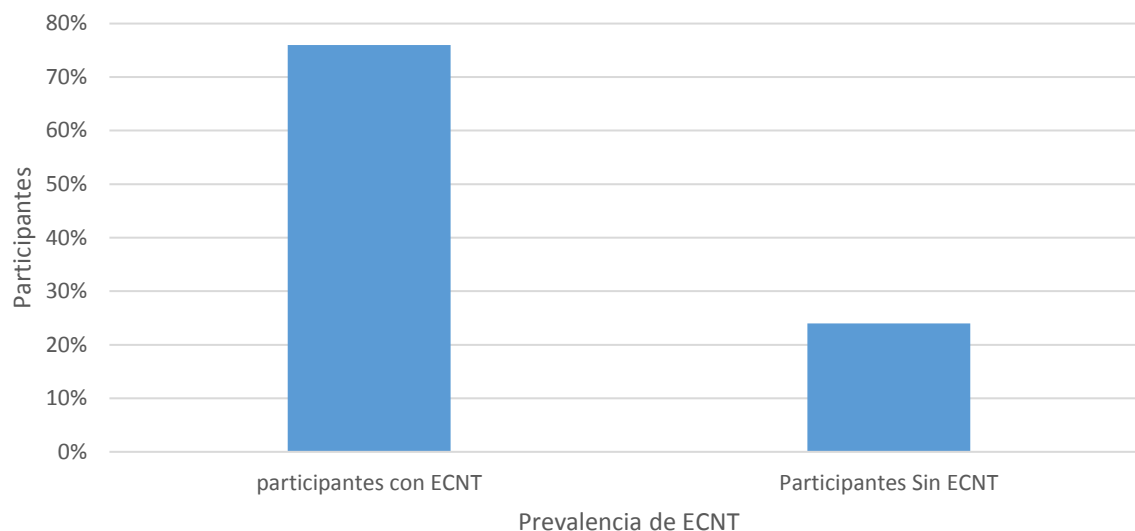


Figura N° 6 Prevalencia de ECNT según sexo y edad de los participantes en el estudio, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017. Fuente: elaboración propia

La figura N° 6 representa los datos según la prevalencia de ECNT en los participantes, en donde un 74 % (n= 29 personas) no presentaron ningún padecimiento, mientras que un 24 % (n=9 personas) si presentaron algún tipo de enfermedad crónica no transmisible, de este grupo es del que se presenta la siguiente información.

A continuación, se exponen los resultados de los participantes con ECNT según sexo y edad

Tabla N° 2,

Cantidad de personas que presentaron alguna ECNT según sexo y edad de los participantes de estudio, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017

| Edad | Sexo | Enfermedad |
|-------------|-------------|--------------------------------|
| 32 | Femenino | Obesidad |
| 41 | Femenino | Presión alta/ Dislipidemia |
| 46 | Femenino | Presión alta/ Dislipidemia |
| 49 | Femenino | Diabetes/dislipidemia/obesidad |
| 53 | Femenino | Diabetes/Obesidad |
| 55 | Femenino | Presión alta/ Dislipidemia |
| 59 | Femenino | Presión alta/Obesidad |
| 47 | Masculino | Dislipidemia |
| 51 | Masculino | Obesidad |

Fuente: elaboración propia, 2017

La tabla N° 2 representa los resultados según la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, diagnosticadas médicamente de acuerdo con la edad y el sexo de los participantes, en donde 7 de 9 personas del grupo de estudio que presentó alguna de estas patologías fueron mujeres, mientras que dos personas fueron hombres; por otro lado, las edades que mostraron mayor prevalencia de ECNT fueron las que se encontraban entre los 40-60 años con 8 de 9 personas) de la población, mientras que solamente una persona femenina de 32 años presentó alguna de estas patologías.

A continuación, se exponen los resultados sobre el tiempo de padecer alguna ECNT en los participantes:

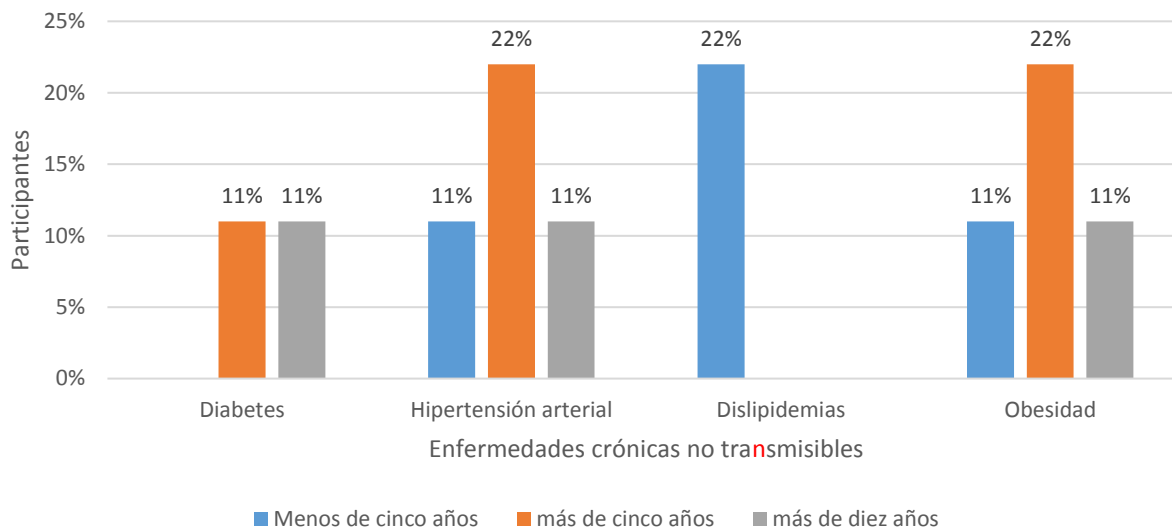


Figura N ° 7 Tiempo de padecer las enfermedades crónicas no transmisibles por parte de los participantes del estudio, Puriscal, 2017 Fuente: Elaboración propia. Nota: la suma de las barras no da el 100 % debido a que no todos los participantes con alguna ECNT presentaban el mismo padecimiento, ni el mismo tiempo de padecerlo, por ejemplo, solo 1 de los 9 participantes con alguna ECNT presentaba diabetes hace más de 5 años, lo cual representa el 11 % de la muestra, el otro 89% de la muestra, no presentaba esta misma condición y así respectivamente con las otras patologías.

En la figura N ° 7 se representan los datos según la prevalencia de ECNT y el tiempo de padecerlas por parte de los participantes, en donde la obesidad, la hipertensión arterial y la diabetes con un 11 % cada una (n= una persona) son las enfermedades que los participantes han padecido por más de diez años, mientras que la dislipidemia es la enfermedad que las personas han padecido por menos de cinco años, ya que un 22 % (n= 2 personas) lo indicaron así.

A continuación, se exponen los resultados sobre el tratamiento médico de los participantes:

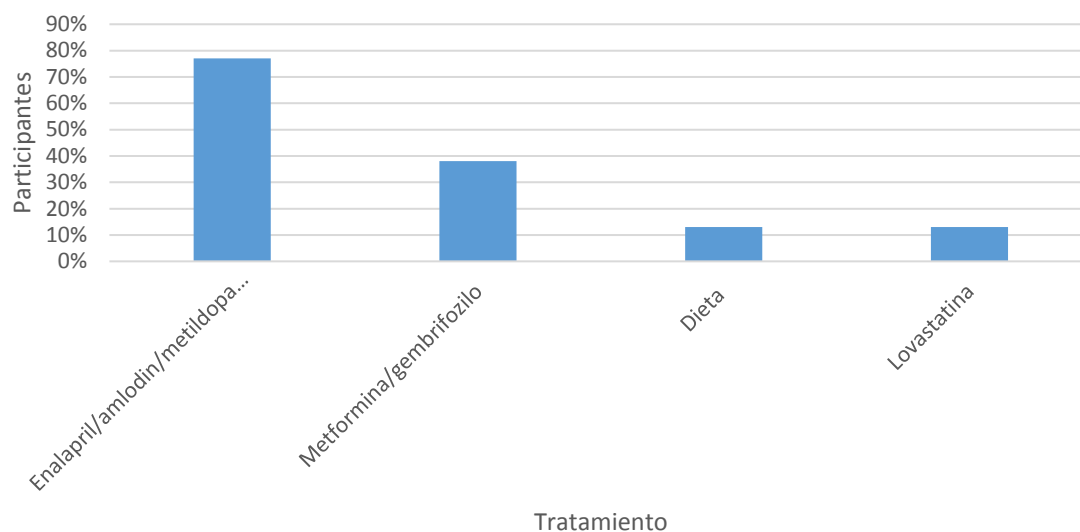


Figura N ° 8 Tratamiento médico seguido por los participantes del estudio, para las ECNT, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017 Fuente: elaboración propia.

La figura N ° 8 representa los datos según el tratamiento farmacológico que siguen los participantes del estudio con alguna ECNT, en donde un 77 % (n= 6 personas) indicó la ingesta de algún medicamento contra la hipertensión arterial, tales como el ibersartán, amlodín, metildopa y enalapril, mientras que 13 % (n=1 persona) indicó consumir lovastatina, medicamento utilizado contra las dislipidemias, mientras que el 38 % (n=3 personas) indicó consumir metformina, medicamento empleado para las diabetes y un 13 % (n=1 persona) indicó hacer dieta para tratar la obesidad.

4.4 CONSUMO DE PRODUCTOS TRADICIONALES Y AUTÓCTONOS POR GRUPO DE ALIMENTO POR PARTE DE LOS PARTICIPANTES

A continuación, se exponen los resultados sobre el consumo de productos lácteos tradicionales, según la información obtenida por medio de la encuesta estructurada:

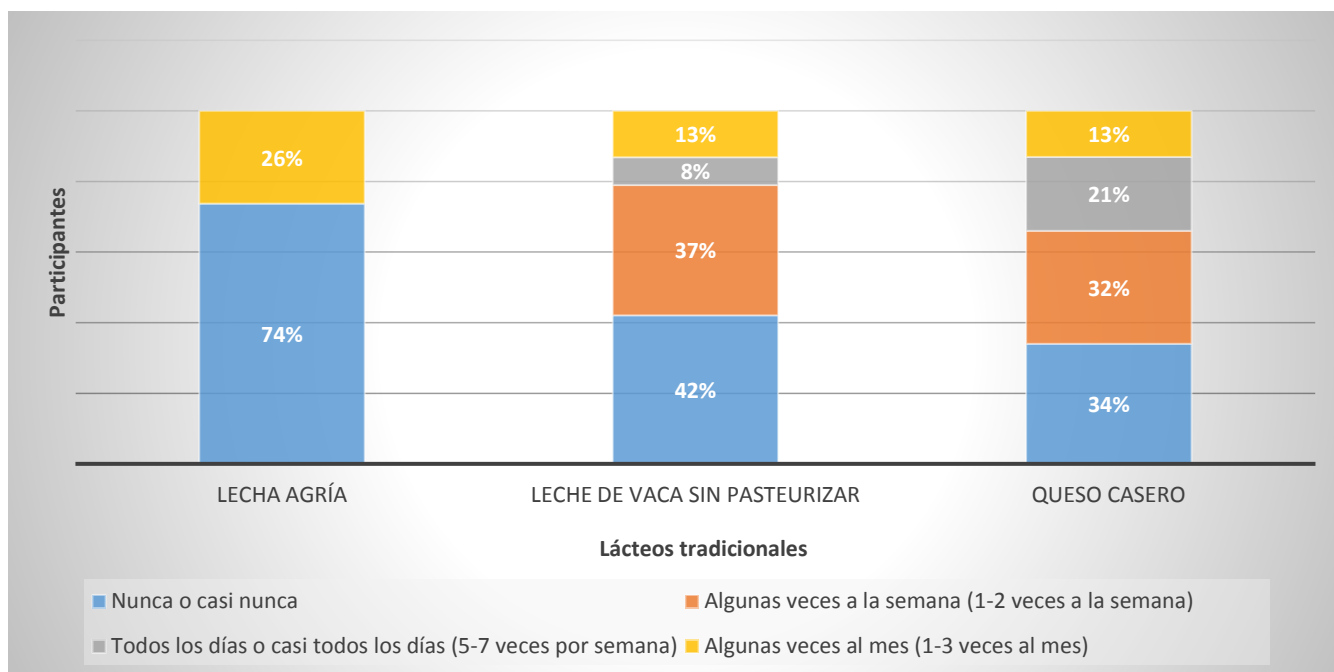


Figura N ° 9 Consumo de productos lácteos tradicionales en los participantes del estudio, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017. Fuente: elaboración propia.

La figura N ° 9 representa los resultados según la frecuencia de consumo de lácteos tradicionales de la zona en el grupo de estudio, en donde un 21 % (n=8 personas) dijo consumir siempre o casi siempre queso casero, mientras que un 74 % (n=28 personas) no consume nunca leche agria. Más de la mitad de los casos 58% (n=22 personas) consume leche sin pasteurizar con alguna frecuencia semanal o mensual, lo cual podría estar atribuido a la ruralidad de la zona.

A continuación, se exponen los resultados sobre el consumo de frutas tradicionales según la información obtenida por medio de la encuesta estructurada:

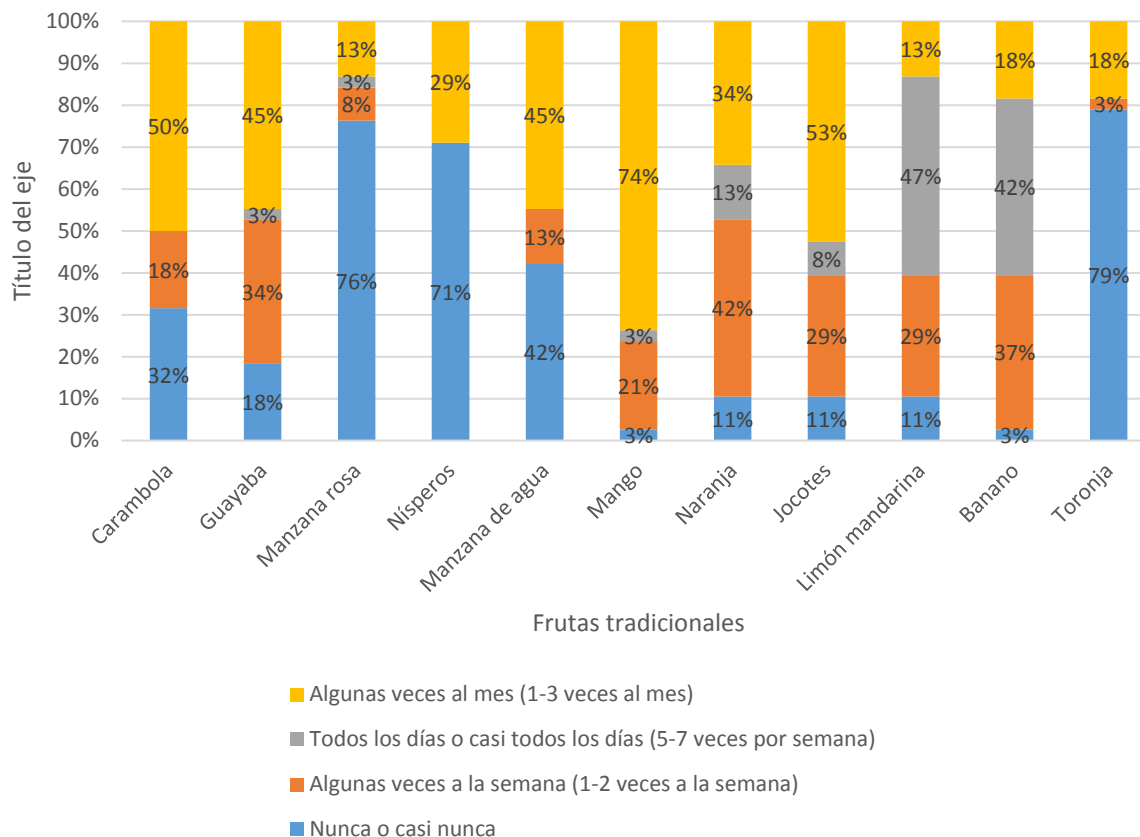


Figura N ° 10 Consumo de frutas tradicionales en los participantes del estudio, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017. Fuente: elaboración propia.

La figura N ° 10 representa los resultados según la frecuencia de consumo de frutas por parte del grupo de estudio, en donde menos de la mitad 47 % (n=18 personas) y 42 % (n=16 personas) consume limón mandarina casi todos los días o todos los días, mientras que el 79 % (n=30 personas), 76 % (n=29 personas) y 71 % (n=27 personas) dijo nunca consumir toronja, manzana rosa y nísperos respectivamente. Casi tres cuartos (74%, n=28 personas) de los consultados muestra la tendencia a consumir mango 1 o 3 veces al mes, así como más de la mitad (53%, n=27 personas) y la mitad (50%, n= 19 personas), incluye jocotes y carambola, respectivamente.

A continuación, se exponen los resultados sobre el consumo de vegetales de hoja y verduras autóctonas y tradicionales según la información obtenida por medio de la encuesta estructurada

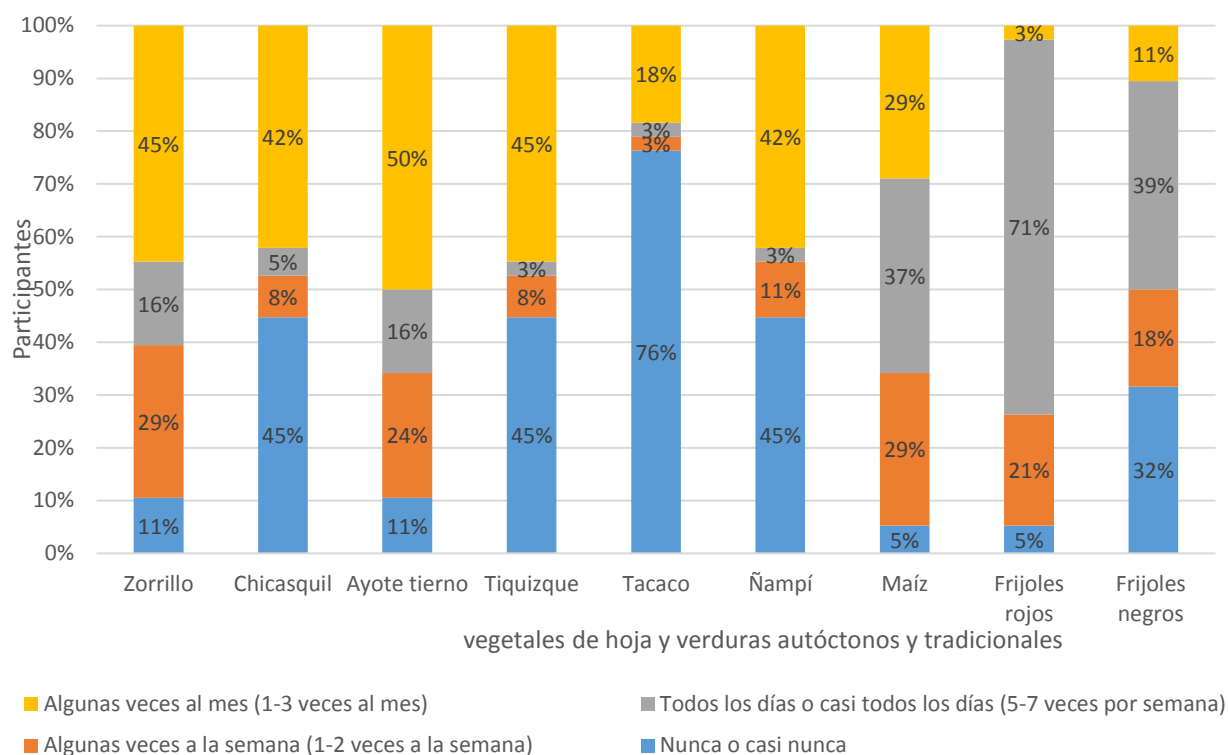


Figura N ° 11 Frecuencia de consumo de vegetales de hoja y verduras tradicionales en los participantes del estudio, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017. Fuente: elaboración propia.

La figura N ° 11 representa los resultados según la frecuencia de consumo de vegetales de hoja y verduras en el grupo de estudio, en donde un 45 % (n=17 personas) y un 42 % (n=16 personas) consumen algunas veces al mes vegetales de hoja tales como el zorrillo y el Chicasquil respectivamente, un 50 % (n=19 personas) y un 45 % (n=17 personas) mencionó consumir verduras como el ayote tierno y el tiquisque algunas veces al mes respectivamente, mientras que un 76 % (n=29 personas) mencionó no consumir nunca tacaco, por último 71 % (n=27 personas) y un 39 % (n=15 personas) mencionó consumir todos o casi todos los días leguminosas como los frijoles rojos y los frijoles negros respectivamente.

A continuación, se exponen los resultados sobre el consumo de productos cárnicos y huevo, según la información obtenida por medio de la encuesta estructurada:

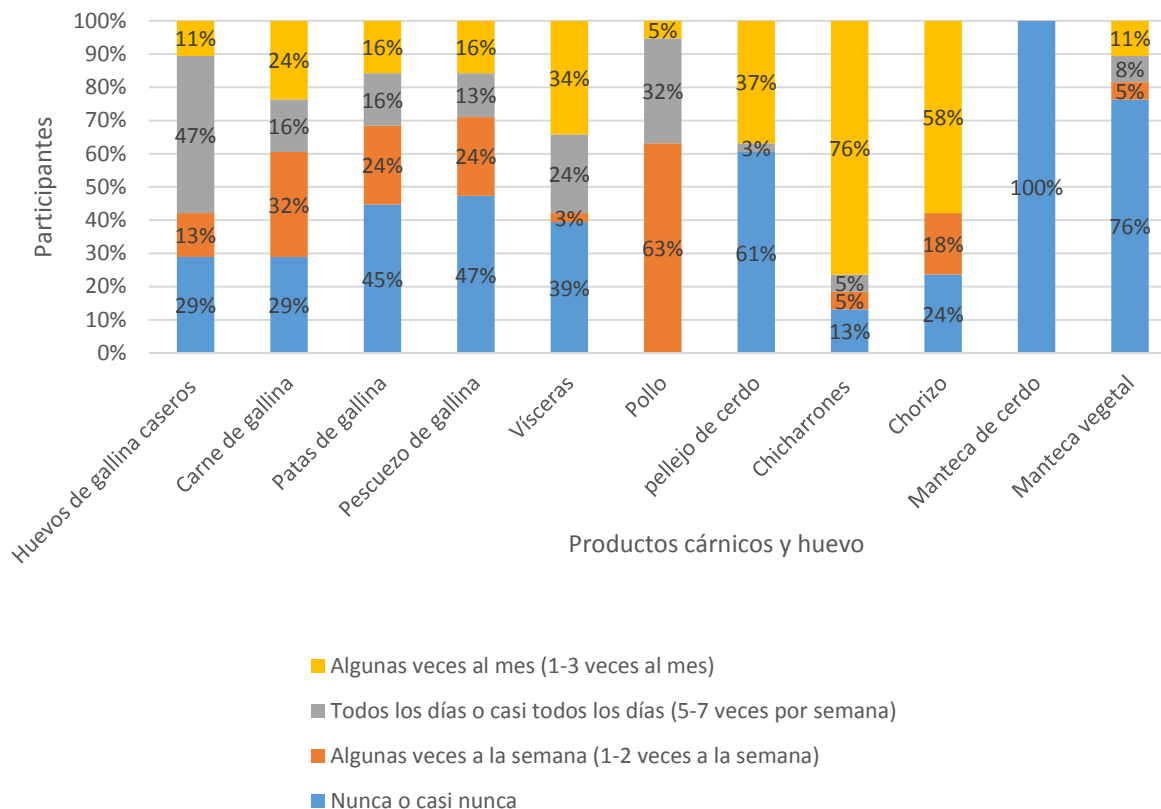


Figura N ° 12 Frecuencia de consumo de productos cárnicos y huevo en los participantes del estudio, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017. Fuente: elaboración propia.

La figura N ° 12 representa los resultados según la frecuencia de consumo de productos cárnicos y huevo en el grupo de estudio, en donde menos de la mitad (47 % n=18 personas) consume casi o todos los días huevo de gallina casero , mientras que el 61 (n=23 personas) nunca consume pellejo de cerdo. Esto puede ser un signo de que la zona se está urbanizando ya que menos de la mitad de la muestra consume huevo casero, y también por el hecho de que se descarte el pellejo de cerdo en una zona donde es tradicional el consumo de cerdo; esto puede estar influenciado por mensajes de salud que se han ido promoviendo.

A continuación, se exponen los resultados sobre el consumo de productos grasos, según la información obtenida por medio de la encuesta estructurada.

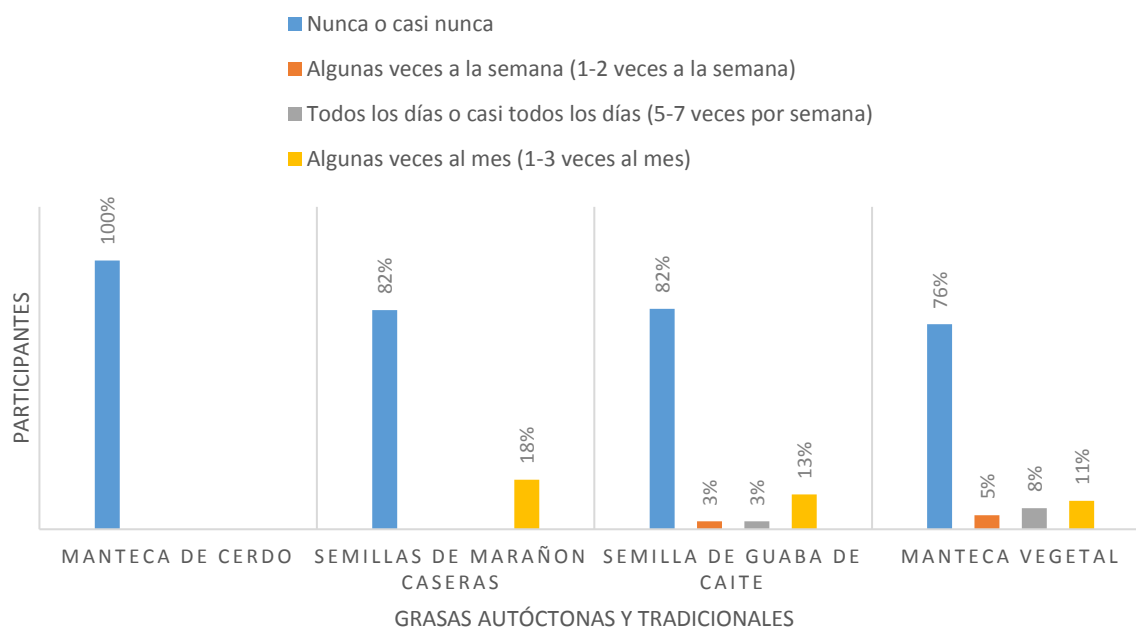


Figura N ° 13 Frecuencia de consumo de productos grasos autóctonos y tradicionales en los participantes del estudio, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017. Fuente: elaboración propia.

La figura N ° 13 representa los resultados según la frecuencia de consumo de productos grasos en el grupo de estudio, en donde el 100 % de los participantes dijo nunca consumir manteca de cerdo, lo que ocurre similarmente con el resto de los productos grasos, ya que el 80% (n=30 personas) o cercano a ese porcentaje nunca los consume. La manteca vegetal y las semillas de guaba de caite estuvieron entre las grasas mencionadas como de consumo diario o aproximado, por solo una persona (3%). Los aceites ni las mantequillas son mencionados en este apartado, ya que, para los participantes de estudio, no eran productos tradicionales y por lo mismo no fueron mencionados en el apartado de “otros”.

A continuación, se exponen los resultados sobre el consumo de azúcares, según la información obtenida por medio de la encuesta estructurada

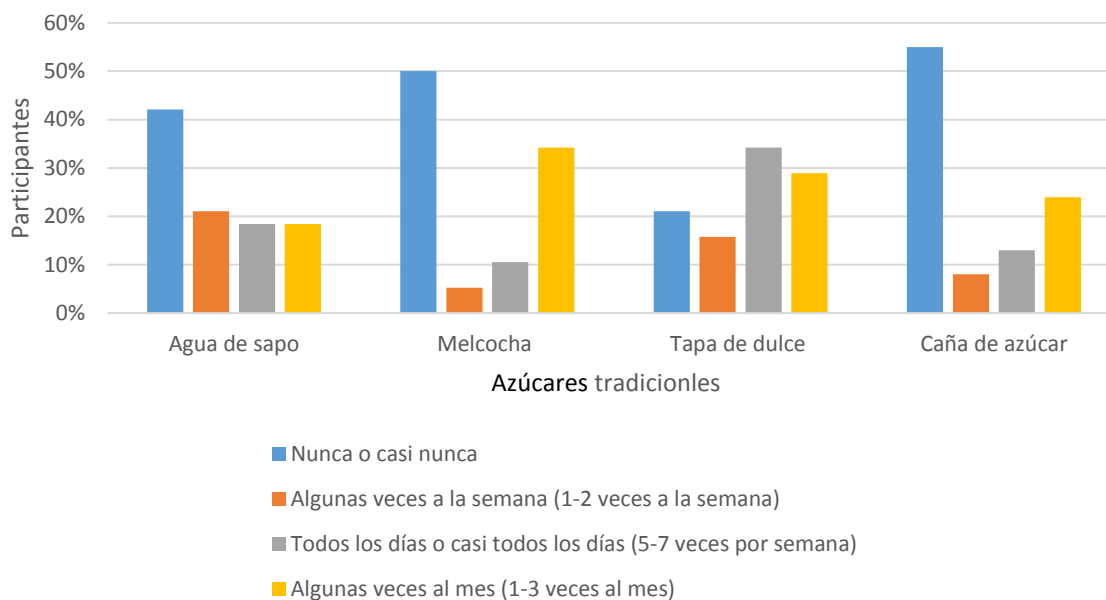


Figura N ° 14 Frecuencia de consumo de azúcares tradicionales en los participantes del estudio, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017. Fuente: elaboración propia.

La Figura N ° 14 representa los resultados según la frecuencia de consumo de azúcares en el grupo de estudio, en donde la mitad (50 %, n=19 personas) y apenas un poco más (55 %, n=21 personas) nunca consume melcocha ni caña de azúcar respectivamente, mientras que más de un tercio (34 %, n=13 personas) consume todos o casi todos los días tapa de dulce. Productos como el azúcar no se encuentran dentro de este grupo, ya que la muestra de estudio, indicó utilizar otros tipos de endulzantes como los mencionados anteriormente y el consumo de azúcar era escaso.

4.5 MÉTODOS DE PREPARACIÓN UTILIZADOS POR LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO EN PRODUCTOS TRADICIONALES Y AUTÓCTONOS.

A continuación, se exponen los resultados sobre los métodos de preparación utilizados en vegetales de hoja, leguminosas, cereales y verduras según la información obtenida por medio de la encuesta estructurada.

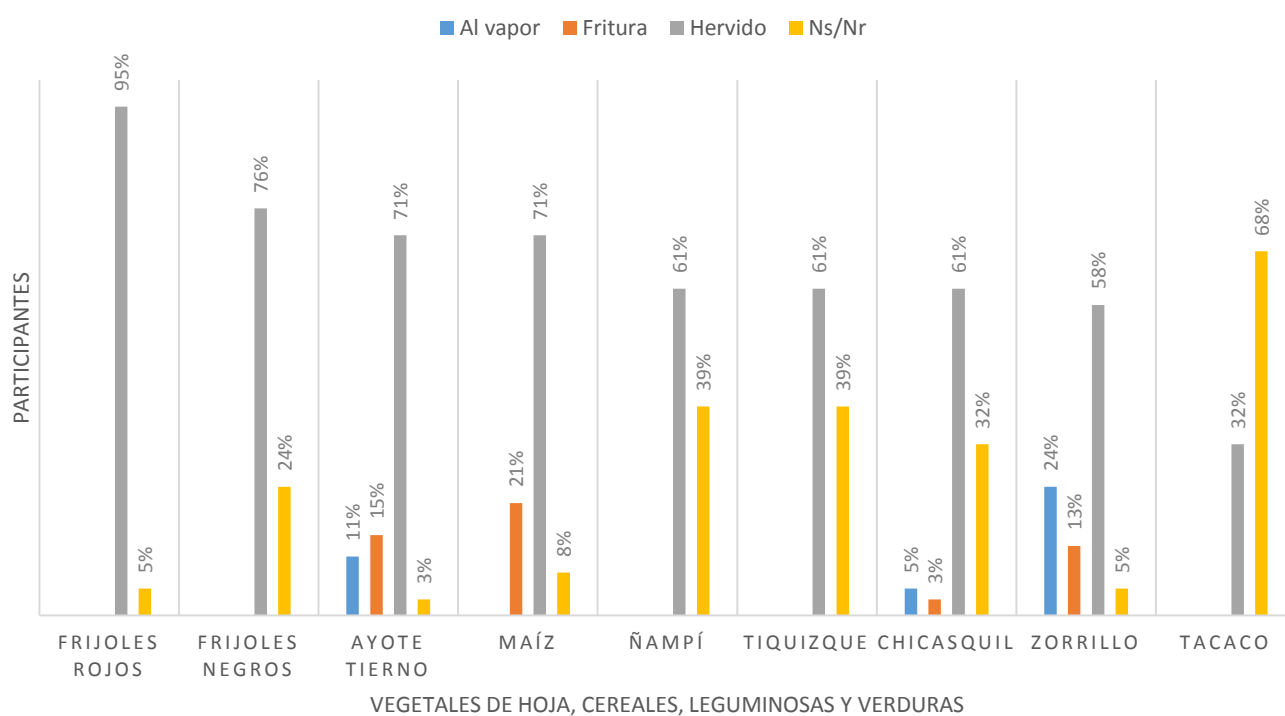


Figura N ° 15 Métodos de preparación utilizados en leguminosas, cereales, vegetales de hoja y verduras autóctonos y tradicionales por parte de los participantes del estudio, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017. Fuente: elaboración propia.

La figura N ° 15 representa los resultados según los métodos de preparación más utilizados; el hervido es utilizado por el 95% (n=36 personas) y 75 % (n= 28 personas) para cocinar los frijoles rojos y negros respectivamente, aunque es el método universal para productos como el ayote tierno, maíz, ñampí y el tiquisque, mientras que solo una persona utiliza la fritura para

preparar el chicasquil. La versatilidad culinaria en cuanto al uso de diferentes métodos de cocción solo en orden descendente en zorrillo, ayote tierno y chicasquil.

A continuación, se exponen los resultados sobre los métodos de preparación utilizados en carnes y huevo, según la información obtenida por medio de la encuesta estructurada.

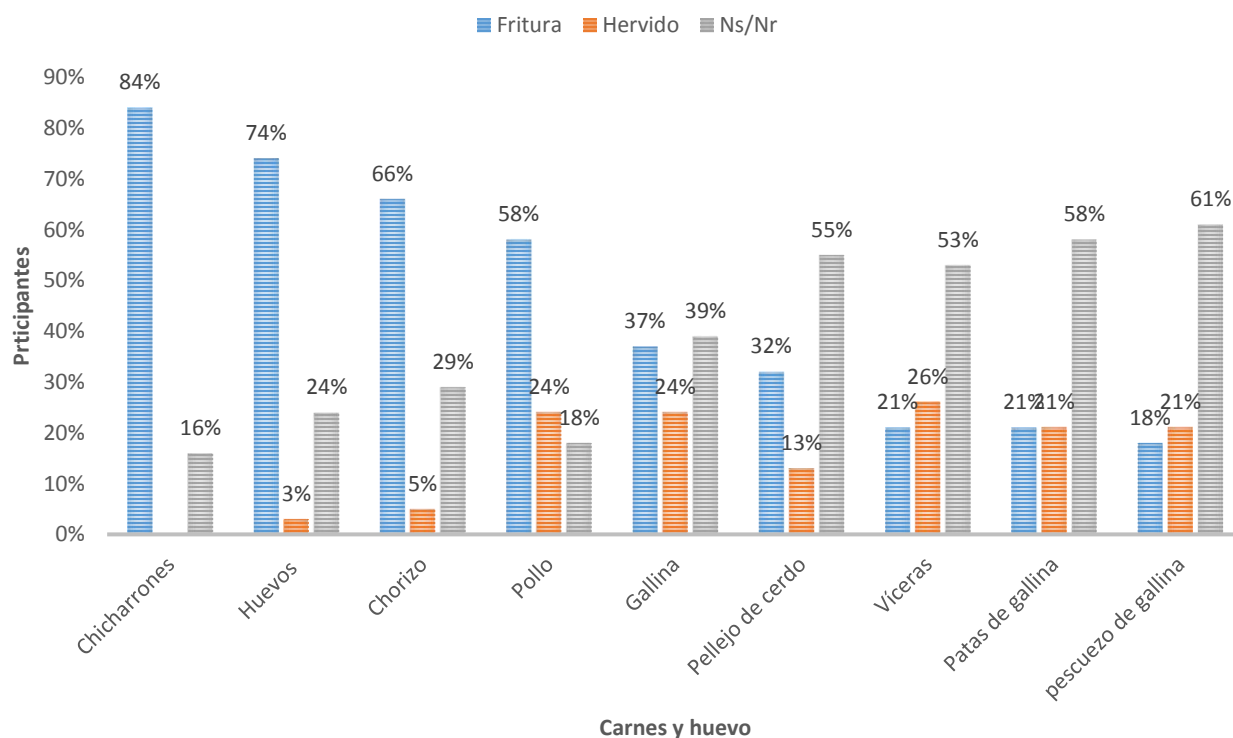


Figura N ° 16 Métodos de preparación utilizados en carnes y huevo por parte de los participantes del estudio, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017. Fuente: elaboración propia.

La figura N ° 16 representa los resultados según los métodos de preparación más utilizados por el grupo de estudio, en productos cárnicos, en donde un 84 % (n=32 personas) utiliza la fritura para preparar los chicharrones, mientras que un 3 % (n=1 persona) mencionó emplear el hervido para cocinar los huevos caseros. La opción al vapor no se ve representada en el

gráfico, ya que ningún participante mencionó utilizar esta técnica para la cocción de carnes o huevo.

4.6 RELACIÓN DE LA PREVALENCIA DE ECNT CON EL CONSUMO DE PRODUCTOS AUTÓCTONOS Y MÉTODOS DE PREPARACIÓN

A continuación, se exponen los resultados sobre la relación de la prevalencia de ECNT con el consumo de productos autóctonos y tradicionales, según la información obtenida por medio de la encuesta estructurada. Se analizan únicamente 9 personas de las 38, debido a que fue la cantidad de participantes que resultó padecer de alguna ECNT con diagnóstico médico.

Tabla N° 3

Relación de la prevalencia de ECNT presentes en el grupo de estudio, con el consumo de productos autóctonos y tradicionales, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017

| Persona | ECNT | Productos Más consumidos |
|----------------|--------------------------------|---|
| 1 | Presión alta/Dislipidemia | Frijoles rojos, limón mandarina, huevos caseros, agua de sapo, caña de azúcar |
| 2 | Presión alta/Dislipidemia | Frijoles rojos, limón mandarina, banano, tapa de dulce |
| 3 | Presión alta/Dislipidemia | Frijoles rojos, huevo casero, agua de sapo |
| 4 | dislipidemia | Limón mandarina, tapa de dulce |
| 5 | Obesidad | Frijoles rojos, banano |
| 6 | Diabetes/Obesidad | Frijoles rojos, banano |
| 7 | Diabetes/Dislipidemia/obesidad | Limón mandarina, manteca vegetal |
| 8 | Obesidad | Huevo casero, tapa de dulce |
| 9 | Presión alta/obesidad | Maíz, tapa de dulce, caña de azúcar |

Fuente: elaboración propia, 2017.

La tabla N° 3 muestra los datos de las nueve personas que presentan algún tipo de ECNT, en el grupo total de estudio, en donde dicha prevalencia se relaciona con el consumo de ciertos alimentos autóctonos y tradicionales de la zona. Esto se concluye mediante una frecuencia de consumo realizada anteriormente, siendo los frijoles rojos, el limón mandarina, los huevos de gallina casero, el banano, el maíz, la tapa de dulce, el agua de sapo y la caña de azúcar los de mayor consumo.

Tabla N° 4

Productos autóctonos y tradicionales más consumidos por parte de los participantes que no presentaron ninguna ECNT, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017

| Persona | Productos más consumidos | Persona | Productos más consumidos |
|----------------|---|----------------|--|
| 1 | Naranja, zorrillo, pollo | 16 | Leche de vaca, frijoles rojos, carne de gallina, pollo |
| 2 | Leche de vaca, zorrillo, frijoles rojos, queso casero | 17 | Leche de vaca, manzana rosa, zorrillo, queso casero, pollo |
| 3 | Leche de vaca, maíz, queso casero | 18 | Leche de vaca, zorrillo, maíz, huevo casero, queso casero |
| 4 | Leche de vaca, zorrillo, queso casero | 19 | Ayote tierno, huevo casero, queso casero |
| 5 | Carambola, zorrillo, ayote tierno, maíz, pollo | 20 | Zorrillo, ayote tierno, carne de gallina, pollo |
| 6 | Carambola, banano, pollo | 21 | Guayaba, carne de gallina |
| 7 | Carambola, chicasquil, maíz, queso casero | 22 | Limón mandarina, zorrillo, huevo casero |
| 8 | Naranja, banano, chicasquil, ayote tierno, huevo casero | 23 | Huevo casero, pollo |
| 9 | Leche de vaca, limón mandarina, queso casero, pollo | 24 | Naranja, ayote tierno, huevo casero |
| 10 | Limón mandarina, banano, pollo | 25 | Limón mandarina, carne de gallina, pollo |
| 11 | Huevo casero, pollo | 26 | Manzana de agua, zorrillo, chicasquil |
| 12 | Leche de vaca, zorrillo, carne de gallina | 27 | Zorrillo, chicasquil, ayote tierno, carne de gallina |
| 13 | Leche de vaca, manzana rosa, queso casero, carne de gallina | 28 | Frijoles rojos, carne de gallina, pollo |
| 14 | Leche de vaca, zorrillo, chicasquil | 29 | Naranja, ayote tierno, huevo casero, carne de gallina |
| 15 | Leche de vaca, zorrillo, chicasquil, carne de gallina | | |

Fuente: elaboración propia, 2017.

En la tabla N ° 4 se muestran los principales alimentos que consumen los participantes del estudio que no presentan ninguna ECNT, en donde se puede observar, que a diferencia de los que sí presentan algún padecimiento, una gran mayoría consume vegetales de hoja como el zorrillo y el chicasquil o productos fuente de proteína tales como el pollo o la carne de gallina, mientras que el consumo de alimentos altos en fructuosa, se limita únicamente al que está presente en las frutas tales como el banano.

Tabla N° 5

Prevalencia de ECNT según el consumo de productos autóctonos y tradicionales, de acuerdo con prueba estadística de chi cuadrado, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017

| Variable 1 | Variable 2 | Resultado Chi Cuadrado | Nivel de Confianza | Comentario |
|---------------------|---|-------------------------------|---------------------------|--|
| Prevalencia de ECNT | Consumo de productos autóctonos o tradicionales | 1,1E-77 | 95% | Después de revisar pruebas estadísticas como la prueba de chi-cuadrado se encuentra suficiente evidencia para reafirmar que existe relación entre las variables. |

Fuente: elaboración propia, 2017.

En la tabla N° 5 se aprecian los resultados de la prueba estadística chi-cuadrado, la cual determina el grado de relación que pueda existir o no entre dos variables. En este estudio los resultados son favorables y hay un 95 % de nivel de confianza en que hay relación entre la prevalencia de ECNT, que presenta una parte de la muestra, y el consumo de productos autóctonos y tradicionales según los participantes del estudio que presentaron las patologías.

A continuación, se exponen los resultados sobre Relación de la prevalencia de ECNT con los métodos de preparación según la información obtenida por medio de la encuesta estructurada.

Se analizan únicamente 9 personas de las 38, debido a que fue la cantidad de participantes que resultó padecer de alguna ECNT con diagnóstico médico.

Tabla N° 6

Relación de la prevalencia de ECNT presentes en el grupo de estudio, con los métodos de preparación San Antonio Abajo, Puriscal, 2017

| Persona | ECNT | Métodos más usados |
|----------------|--------------------------------|---------------------------|
| 1 | Dislipidemia | Fritura/Hervido |
| 2 | Presión alta/ Dislipidemia | Fritura/Hervido |
| 3 | Presión alta/ Dislipidemia | Fritura/Hervido |
| 4 | Obesidad | Fritura/Hervido |
| 5 | Presión alta/Dislipidemia | Fritura |
| 6 | Obesidad | Fritura |
| 7 | Diabetes/Dislipidemia/Obesidad | Fritura |
| 8 | Presión alta/Obesidad | Fritura |
| 9 | Diabetes/Obesidad | Fritura/Al vapor |

Fuente: elaboración propia, 2017.

La tabla N° 6 expone los resultados según la relación que tienen los métodos de preparación utilizados por los participantes de estudio con la prevalencia de ECNT, en donde la fritura aparece como común denominador entre las técnicas más utilizadas en las nueve personas que presentaron estos padecimientos.

Tabla N° 7

Métodos de preparación más utilizados por parte de los participantes que no presentaron ninguna ECNT, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017

| Persona | Método más usado | Persona | Métodos más usados |
|----------------|-------------------------|----------------|---------------------------|
| 1 | Hervido | 15 | Hervido/Al vapor |
| 2 | Hervido | 16 | Al vapor/Hervido |
| 3 | Al vapor | 17 | Hervido |
| 4 | Hervido | 18 | Hervido/Fritura |
| 5 | Hervido | 19 | Hervido |
| 6 | Hervido | 20 | Hervido |
| 7 | Hervido | 21 | Hervido/Fritura |
| 8 | Hervido | 22 | Hervido |
| 9 | Hervido | 23 | Hervido |
| 10 | Hervido | 24 | Al vapor/Hervido |
| 11 | Hervido | 25 | Hervido/Fritura |
| 12 | Hervido | 26 | Hervido/fritura |
| 13 | Hervido | 27 | Hervido/Al vapor |
| 14 | Hervido/Al vapor | 28 | Hervido |
| | | 29 | Hervido/ Fritura |

Fuente: elaboración propia, 2017.

En la tabla N ° 7 se puede observar los principales métodos de cocción que utilizan los participantes de estudio que no presentan ninguna enfermedad crónica no transmisible, en donde de 29 personas que no tenían ningún padecimiento, únicamente 5 de ellas utilizan la técnica de la fritura como método recurrente, los otros 24 participantes utilizan otras técnicas culinarias, mientras que como se mencionó anteriormente, la totalidad de personas que sí presentaron alguna ECNT, utiliza la fritura de manera habitual.

Tabla N° 8

Prevalencia de ECNT según los métodos de preparación utilizados en los productos autóctonos y tradicionales, de acuerdo con prueba estadística de chi cuadrado, San Antonio Abajo, Puriscal, 2017

| Variable 1 | Variable 2 | Resultado Chi Cuadrado | Nivel de Confianza | Comentario |
|---------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|---|
| Prevalencia de ECNT | Métodos de preparación | 1,08E-21 | 95% | Después de revisar pruebas estadísticas como la prueba de chi-cuadrado, se encuentra suficiente evidencia para reafirmar que existe relación entre las variables. |

Fuente: elaboración propia, 2017.

En la Tabla N° 8 se aprecian los resultados de la prueba estadística chi-cuadrado, la cual determina el grado de relación que pueda existir o no entre dos variables. En este estudio los resultados son favorables y hay un 95 % de nivel de confianza en que hay relación entre la prevalencia de ECNT, que presenta una parte de la muestra, y los métodos de preparación utilizados por los participantes del estudio.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 PRODUCTOS AUTÓCTONOS Y TRADICIONALES DE LA ZONA

La alimentación es una parte fundamental en la cultura y tradiciones de las zonas, especialmente las rurales, ya que está estrechamente relacionada con los recursos naturales que presente el lugar. Por esta razón el consumo de alimentos se asocia con la historia, ya que las costumbres alimentarias de los antepasados, van pasando de generación en generación (Meléndez Torres, & Cañez De la Fuente, 2009). Esta información concuerda con los resultados obtenidos al conversar mediante la técnica de grupo focal, con habitantes de edad mayor de la zona de San Antonio Abajo, Puriscal, ya que se pudo conocer de manera resumida los alimentos que consumían sus antepasados y que en la actualidad se siguen degustando. De esta forma, hojas tales como el zorrillo y el chicasquil, destacan por considerarse autóctonas; es decir productos nativos, pero a su vez también son considerados tradicionales, ya que en la zona son ingredientes de uso común y que en otros lugares del país no se conocen tanto. Este hallazgo está muy en concordancia con la zona rural del estudio, conocida por mantener sus tradiciones típicas (Puriscal), favorecidas por contar con población que se dedica a labores del campo. De igual manera, las semillas de marañón también constituyen un producto considerado como tradicional en la zona, ya que son elaboradas de una manera distinta en comparación con otros sectores del país. Los lugareños tuestan este producto y son conocidas como semillas de marañón caseras.

La alimentación es fundamental en la cultura de cualquier región y la misma va a estar caracterizada generalmente por el acceso y disponibilidad que tengan los alimentos en la zona.

La forma de obtención de diferentes ingredientes puede variar de un lugar a otro y es por eso que cada región del país puede presentar productos que, aunque se puedan consumir en otro sector, son considerados como autóctonos, por la facilidad que conlleva el poder adquirirlos o

bien por el origen del mismo. Esta es la razón primordial por la que en muchos de los casos la forma de comer en zonas rurales sea muy diferente al consumo de alimentos de zonas urbanas. En áreas rurales la alimentación se cataloga como un patrimonio construido social e históricamente, ya que existen alimentos nativos de la zona o hay productos que por su obtención y su consumo en épocas pasadas, saltan de generación en generación y se catalogan como tradicionales de un sector (Meléndez Torres, Juana María, & Cañez De la Fuente, Gloria María. 2009). Dicha información respalda los resultados obtenidos en la investigación en cuanto al consumo de productos nativos o típicos de la zona, ya que la alimentación en las personas del estudio se basaba principalmente en aquellos alimentos que fueran originarios de la zona como el maíz o los frijoles o en productos que, si bien son foráneos, son considerados habituales, como los huevos caseros o la caña de azúcar y sus derivados, esto debido a las costumbres y a la forma de alimentarse que existía tiempo atrás.

Meléndez & Cañez (2009) afirman que la forma de alimentarse de una zona, especialmente si es rural, va a estar asociada a factores como las costumbres alimentarias. Y es así como, en San Antonio, los habitantes consultados catalogaron algunos alimentos que se consumen en la actualidad como ancestrales, porque los vincularon a historias pasadas de personas que los consumían. Como se rescata en una de las intervenciones transcritas referidas al consumo de zorrillo, el cual es un tipo de hoja que crece en los árboles y que era utilizada para eventos festivos en la zona. Otro factor es el de la disponibilidad de los alimentos, que en la zona rural elegida concuerda con el contexto agrícola de sus pobladores, puesto que productos como el limón mandarina o la naranja agria se encuentran por todas partes. En la zona no se necesita ir a un supermercado o a una pulpería para poder obtener estas frutas; basta subirse en un árbol y ahí están, aspecto que describió una participante del grupo focal. Tanto las costumbres, como

la disponibilidad de los alimentos encabezaron las razones de el por qué la población se alimentaba así. Las personas que otorgaron esta información, presentaban edades entre los 60-65 años, por lo que su espectro histórico no se considera tan cercano. De igual manera a todos los que se les consultó tenían experiencia cocinando, ya que en la zona desde pequeños se les enseñan las preparaciones tradicionales.

Cabe aclarar que la definición de autóctono puede entenderse como algo originario o nativo del país, lo cual hace que los productos típicos de una zona, tengan esta denominación de autóctonos. Por lo tanto, según Díaz (2001) en Costa Rica, se consideran productos propios u originarios a aquellos como: el maíz, los frijoles, la papa, el ayote, y otros. Mientras que algunos alimentos como: la caña de azúcar, los huevos, la res y la leche se estima que no son nativos del país, aunque pueden también considerarse como típicos de algunas zonas, donde se han aclimatado. Cuando se les preguntó a los integrantes del grupo, solo uno de ellos dominaba el concepto de autóctono y ese mismo participante fue quien explicó al resto y así se obtuvo una comprensión total por parte de todos los que participaron. Al comparar la información con los resultados obtenidos en la fase cualitativa, se establece que hay concordancia entre los integrantes del grupo con respecto al concepto propio de autóctono y los productos mencionados, tales como: el maíz, los frijoles y las semillas de marañón.

Según Mariana, & Troncoso (2012), los productos tradicionales están estrechamente vinculados con factores geográficos y culturales de cada zona, por lo que un alimento tradicional es aquel que, a pesar de no ser nativo del lugar, su consumo es característico por factores como las costumbres alimentarias, por lo tanto en la zona de San Antonio Abajo de Puriscal hay diversas preparaciones que a pesar de no ser a base de productos originarios del lugar, se consideran como suyos o tradicionales; es el caso de la melcocha o del agua de sapo,

productos a base de tapa de dulce que se consiguen con mucha facilidad en el lugar y su consumo es elevado.

En la intención del estudio de relacionar los alimentos, incluida su preparación, con patologías crónicas donde la dieta es la causa, se notó que la fritura, como uno de los procesos culinarios más antiguos y una de las primeras técnicas que permitió prolongar la vida útil de los alimentos, por ende, a nivel mundial, es uno de los métodos más aceptados y utilizados en la preparación de diferentes platillos (Montes O. 2016). En la zona de San Antonio Abajo de Puriscal se pudo comprobar que este método de cocción es uno de los más utilizados y predilectos de la muestra de estudio, ya que, para la preparación de alimentos cárnicos y huevo, fue la técnica que encabezó los resultados; por ende, es un aspecto que podría estar favoreciendo la cronicidad de las patologías presentadas por un grupo de la muestra que se estudió.

5.2 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS RURALES DE SAN ANTONIO ABAJO, PURISCAL

La obesidad es una de las enfermedades cuyo incremento no hubiera podido ser visto como posible en épocas pasadas, siendo hoy en día una de las patologías que más vidas cobra al año y de las que mayor prevalencia existe a nivel mundial. Su incremento empezó en los años de 1980- hasta la fecha, a tal punto que actualmente tiene características de una epidemia y con ello se pronostica que para el año 2050 el sobrepeso y la obesidad en los norteamericanos sería una regla y con esto la expectativa de vida será menor (Mönckeberg B, Fernando, & Muzzo B, Santiago. 2015), lo que concuerda con los resultados obtenidos en el estudio ya que, mediante una entrevista estructurada, se pudo analizar la prevalencia de cinco enfermedades

crónicas no transmisibles, en donde, de las treinta y ocho personas a las que se les aplicó el instrumento, nueve presentaron algún tipo de ECNT; tanto la obesidad como la hipertensión arterial fueron las patologías que presentaron las cifras más elevadas en el grupo. Si bien es cierto nueve de las treinta y ocho personas resultaron enfermas, esto solo es una cuarta parte de la muestra que se estudió, el resto de participantes resultaron sanos, lo que lleva a la conclusión de que los productos autóctonos y tradicionales podrían tener, principalmente, un efecto protector contra estas patologías y no un deterioro.

5.3 RELACIÓN DEL CONSUMO DE PRODUCTOS AUTÓCTONOS Y SUS MÉTODOS DE PREPARACIÓN CON LA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Se pretende demostrar la correlación existente entre el consumo de los alimentos tradicionales o autóctonos de la zona y los métodos de preparación utilizados para estos productos, con la prevalencia de ciertas enfermedades crónicas no transmisibles.

La forma de alimentarse en el grupo de estudio perteneciente a la zona de San Antonio Abajo de Puriscal, se basa principalmente, en una mezcla entre productos originarios como los frijoles o el maíz, y alimentos foráneos como: la caña de azúcar, la tapa de dulce, el agua de sapo y frutas tales como el banano y el limón mandarina, por lo que se puede concluir que los participantes pueden estar más expuestos a una ingesta elevada de carbohidratos simples y compuestos, los cuales al ser consumidos de una manera excesiva, pueden presentar diferentes complicaciones en la salud, entre ellas las ECNT. Al analizar la forma en cómo se alimentaba la minoría del grupo de estudio, que presentó enfermedades crónicas no transmisibles, se demuestra la correlación que tienen los alimentos consumidos frecuentemente en la zona con

la prevalencia de patologías crónicas tales como la obesidad, la diabetes tipo II y la HTA, lo cual sirve para alertar sobre un mal manejo de los alimentos en estudio por algunos sectores de la población rural que tiene acceso a comestibles, que inclusive estarían recomendados para el balance de la dieta, como las frutas y los vegetales de hoja, ya que como se pudo observar, los participantes que no presentaron ninguna de estas patologías, consumían principalmente alimentos como el zorrillo y el chicasquil, productos pertenecientes a los vegetales de hoja que pueden tener un papel protector ante estas enfermedades.

En el área de la nutrición se ha tenido la idea errónea, de que la prevalencia de diferentes patologías como la obesidad y las dislipidemias, entre otras, es únicamente responsabilidad de la ingesta excesiva de grasas, principalmente aquellas que son saturadas, pero se ha demostrado que el consumo de carbohidratos, especialmente aquellos que son refinados, tienen consecuencias mayores en la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles. Se ha podido evidenciar que alimentos altos en fructosa tales como el agua de sapo y la tapa de dulce -cuando se consumen en cantidades mayores a las que el cuerpo necesita, o puede metabolizar para utilizarlo como medio de energía- se van a acumular en forma de grasa, principalmente en ácidos grasos de cadena larga, que posteriormente se convertirán en triglicéridos (Solís, E- Gómez, G. 2007). Dicha información respalda la estrecha correspondencia entre el consumo de productos tradicionales de la zona como el agua de sapo, la tapa de dulce y la caña de azúcar, que son alimentos altos en fructuosa, con la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles existentes en el grupo de estudio, ya que el consumo de dichos productos se presenta en la gran mayoría de participantes con alguna de estas patologías, mientras que en los participantes que no presentan ninguna ECNT el consumo es escaso o nulo.

La fritura es el método utilizado por los participantes que padecen alguna ECNT; este es el común denominador para la preparación de los alimentos. Algunos de ellos también utilizan el hervido como técnica culinaria, pero sigue siendo la fritura el método que más manejan en su gran mayoría, mientras que los participantes que no presentan ningún padecimiento utilizan otros métodos como al vapor o hervido y solo una minoría utiliza de vez en cuando la fritura como técnica de cocción, por lo que conociendo las características que presentan los productos que han sido fritos, es esta técnica la que más se puede relacionar con la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La Organización para la Agricultura y los Alimentos (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que un consumo excesivo de alimentos que presenten este tipo de método de cocción, es un factor de riesgo para la salud. La razón principal de esto es la densidad energética que presenta, la cual es elevada al compararla con otros métodos de preparación, lo que puede ocasionar un aumento excesivo de peso corporal y además se pueden formar ciertos compuestos químicos, que a la larga son capaces generar el desarrollo de algunos tipos de cáncer (Montes O, Nicolás, Millar M, Iván, Provoste L, Rosa, Martínez M, Nicolás, Fernández Z, Débora, Morales I, Gladys, & Valenzuela B, Rodrigo. 2016).

En este estudio, en consonancia con los resultados presentados por Avilés et al (2009) en adultos rurales de Panamá, se confirma que estilos de vida rurales donde predomina el consumo de alimentos fritos, pueden tanto contribuir, por su densidad energética al fuerte gasto de energía de las labores de campo, como a la acumulación de compuestos tóxicos derivados de la oxidación lipídica. Al menos en casi la mitad de estas personas se pudo constatar que aplicaban este método a la mayor parte de todos los productos cárnicos y al

huevo. Algunos de los participantes aplicaban esta técnica en vegetales de hoja como el zorrillo o el chicasquil, porque así es la costumbre en el campo costarricense.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Existe relación entre el consumo de productos autóctonos y tradicionales y sus métodos de cocción con la prevalencia en enfermedades crónicas no transmisibles, tomando en cuenta la forma en que los participantes del estudio originarios de San Antonio Abajo de Puriscal, se alimentan y la presencia de dichas patologías en el grupo que se indagó.

En la investigación, se logró ver que la forma en la que se alimentan los participantes del estudio, tiene mucha relación con la forma en la que se nutrían sus padres o abuelos, ya que, al ser una zona rural, las costumbres, incluidas las alimentarias, pasan de generación en generación, por lo que es posible que los alimentos investigados cobren importancia en el estado de salud de los habitantes adultos de San Antonio Abajo de Puriscal.

Una vez finalizada la investigación, se logra determinar que al menos una quinta parte del grupo de estudio de San Antonio Abajo de Puriscal presenta alguna enfermedad crónica no transmisible, declarada diagnóstico médico, siendo la obesidad y la hipertensión arterial, las patologías que encabezan la lista de ECNT en los adultos rurales participantes, sobre todo mayores de 40 años. Por lo que se observa que las costumbres y el estilo de vida predominantemente rural podrían estar acrecentando los cambios metabólicos y fisiológicos normales de la edad en este grupo.

Se puede decir que el consumo de productos tradicionales o propios de la zona, tales como el agua de sapo (tapa de dulce con limón mandarina), la caña de azúcar, la tapa de dulce y la melcocha, son los alimentos que más se van a relacionar con la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles; debido a su alto consumo y disponibilidad del producto que presenta la zona de Puriscal. Por otra parte, vegetales de hojas tales como el

zorrillo o el chicasquil, considerados autóctonos, pueden estar actuando como contrapeso en la prevalencia de ECNT al ser consumidos de maneras muy versátiles, lo que favorece su biodisponibilidad de sustancias nutritivas y antioxidantes.

Según los resultados que arrojó la investigación, el método de cocción que se aplica a los alimentos autóctonos o tradicionales de mayor forma en el grupo de estudio, es el hervido, sin embargo, no es esta la razón por la cual parte de los participantes del estudio presentan ECNT. La técnica de preparación de productos autóctonos que se relaciona más con estos padecimientos es la fritura, que se encuentra en segundo lugar como método de preparación más utilizado en el grupo que se analizó. Esta forma de cocción es la que aporta mayor densidad energética a los alimentos y por ende aunque palia la fuerte labor del campo es también un factor de riesgo para padecer diversas patologías, entre ellas la obesidad y la Diabetes tipo II.

6.2 RECOMENDACIONES

- Identificar los principales productos autóctonos o tradicionales de las diferentes zonas rurales del territorio nacional e investigar cuáles han venido siendo utilizados como tratamientos naturales ante las diversas enfermedades que pueda presentar la población.
- Ejecutar en grupos de adultos de zonas rurales similares a los de este estudio, actividades de promoción de la salud; revaloración de productos autóctonos a la luz de los nuevos hallazgos científicos por parte de nutricionistas del área de salud, de organizaciones no gubernamentales, así como de grupos comunitarios de desarrollo con el fin de balancear el consumo de alimentos fuente de carbohidratos simples como: el agua de sapo, la caña de azúcar, la tapa de dulce y la melcocha, con vegetales de hoja y leguminosas.
- Elaborar un mapeo por parte de los nutricionistas en el área de salud por todo el territorio nacional, conociendo así productos tradicionales de cada zona y preparaciones comunes que se dan en el lugar, determinando de esta manera las costumbres de cada sector y cómo esto puede estar relacionado con la aparición de enfermedades.

BIBLIOGRAFÍA

- Abilés, J., Ramón, A. N., Moratalla, G., Pérez-Abud, R., Morón Jiménez, J., & Ayala, A.. (2009). Efectos del consumo de aceites termo-oxidados sobre la peroxidación lipídica en animales de laboratorio. *Nutrición Hospitalaria*, 24(4), 473-478. Recuperado en 21 de diciembre de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112009000400012&lng=es&tlng=es.
- Anchuelo, A. C., Pinto, R. C., & Ríos, M. S. (2004). Diabetes mellitus. Concepto, clasificación y mecanismos etiopatogénicos. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 9(16), 963-970. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211344904701447>
- Arciniega, S. C. (2002). Definición y criterios de obesidad. *Nutr Clin*, 5, 236-40.
- Arzeno, Mariana, & Troncoso, Claudia Alejandra. (2012). Alimentos tradicionales andinos, turismo y lugar: definiendo la nueva geografía de la Quebrada de Humahuaca (Argentina). *Revista de geografía Norte Grande*, (52), 71-90. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022012000200005>
- Avellaneda, A., Izquierdo, M., Torrent-Farnell, J., & Ramón, J. R. (2007, August). Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 30, No. 2, pp. 177-190). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272007000300002&script=sci_arttext&tlng=pt

- Ayerdi, Etxebarria, P. (1994). Estratificación social y estilos de vida. En Kaiero Uría, A. (Ed.).
Valores y Estilos de Vida. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Bermeo, Z. (2012). Cuidado para la salud cardiovascular. UNIVERSIDAD NACIONAL DE
COLOMBIA, Facultad de Enfermería, Maestría en Enfermería, Bogotá.
<http://www.bdigital.unal.edu.co/11399/1/539792.3013.pdf>
- Boyd y Levy (1967). Promotion: A behavioral view. Foundations of marketing series. New
Jersey: Prenticehall.INC
- CCSS. (2004). Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias
para el primer nivel de atención. Departamento de Medicina Preventiva.
- Córdova-Villalobos, J. Á., Barriguete-Meléndez, J. A., Lara-Esqueda, A., Barquera, S., Rosas-
Peralta, M., Hernández-Ávila, M., & Aguilar-Salinas, C. A. (2008). Las enfermedades
crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención
integral. *Salud pública de México*, 50(5), 419-427.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342008000500015&script=sci_arttext&tlng=pt
- Corraliza, J. A., & Martín, R. (2000). Estilos de vida, actitudes y comportamientos
ambientales. *Medio ambiente y comportamiento humano*, 1(1), 31-56.
https://mach.webs.ull.es/PDFS/VOL1_1/VOL_1_1_c.pdf
- Díaz Brenes, C. (2011.) Curso de Gastronomía para la carrera: Administración de Alimentos y
Bebidas. Universidad del Turismo de Costa Rica.

- Espinoza O, Luis, Rodríguez R, Fernando, Gálvez C, Jorge, & MacMillan K, Norman. (2011). HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. *Revista chilena de nutrición*, 38(4), 458-465. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182011000400009>
- Esquivel-Solís, Viviana, & Gómez-Salas, Georgina. (2007). Implicaciones metabólicas del consumo excesivo de fructosa. *Acta Médica Costarricense*, 49(4), 198-202. Retrieved February 02, 2018, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022007000400005&lng=en&tlng=es.
- Fagalde H, María del Pilar, Solar H, José Antonio del, Guerrero B, Marcia, & Atalah S, Eduardo. (2005). Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de la Región Metropolitana. *Revista médica de Chile*, 133(8), 919-928. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000800008>
- Fernández, J. (2016). Incidencia actual de la obesidad en las enfermedades cardiovasculares. Centro nacional de investigaciones científicas. <http://www.redalyc.org/html/1812/181244353001/>
- Gómez, C. (2007). Alimentos funcionales y dislipidemia. *Entretextos*. Universidad Iberoamericana León. <http://entretextos.leon.uia.mx/num/21/PDF/ENT21-10.pdf>
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S048665252014000200001&lng=en&tlng=es.

- Lama T, Alexis, & Oliva P, Luis. (2001). Conceptos actuales en hipertensión arterial. *Revista médica de Chile*, 129(1), 107-114. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000100016>
- Leyva Trinidad, Doris Arianna, & Pérez Vázquez, Arturo. (2015). Pérdida de las raíces culinarias por la transformación en la cultura alimentaria. *Revista mexicana de ciencias agrícolas*, 6(4), 867-881. Recuperado en 31 de octubre de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200709342015000400016&lng=es&tlng=es.
- Llibre Guerra, Juan Carlos, Guerra Hernández, Milagros A, & Perera Miniet, Elianne. (2008). Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(4) Recuperado en 19 de diciembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400005&lng=es&tlng=es.
- Lozano Álvarez, Elio Edgar. (2014). Algunas consideraciones sobre la diabetes mellitus. *Correo Científico Médico*, 18(1), 122-125. Recuperado en 28 de octubre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100016&lng=es&tlng=es.
- Macias M, Adriana Ivette, Gordillo S, Lucero Guadalupe, & Camacho R, Esteban Jaime. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, 39(3), 40-43. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182012000300006>

Marimón Torres, Eugenia Rita, Orraca Castillo, Odalys, Casanova Moreno, María Caridad, Paredes Díaz, Roberto, & Mendoza Ferreiro, Maricel. (2013). Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 17(2), 2-12. Recuperado en 31 de octubre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000200002&lng=es&tlng=es.

Marín Marín, Germán Ariel, Álvarez de Uribe, Martha Cecilia, Rosique Gracia, Javier, Cultura alimentaria en el municipio de Acandí. Boletín de Antropología Universidad de Antioquia [en línea] 2004, 18 [Fecha de consulta: 24 de octubre de 2017] Disponible en: <<http://www.uacm.kirj.redalyc.redalyc.org/articulo.oa?id=55703503>> ISSN 0120-

Matta, R. (2014). Introducción: Comida, cultura y política. *Revista Colombiana de Antropología*, 50(2), 7-8. Retrieved October 31, 2017, from 2510

Meléndez Torres, Juana María, & Cañez De la Fuente, Gloria María. (2009). La cocina tradicional regional como un elemento de identidad y desarrollo local: el caso de San Pedro El Saucito, Sonora, México. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 17(spe), 181-204. Recuperado en 31 de octubre de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018845572009000300008&lng=es&tlng=es.

Miguel Soca, Pedro Enrique. (2009). Dislipidemias. *ACIMED*, 20(6), 265-273. Recuperado el 28 de octubre de 2017, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001200012&lng=es&tlng=es.

Miguel Soca, Pedro Enrique, & Sarmiento Teruel, Yamilé. (2009). Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. *ACIMED*, 20(3), 92-100. Recuperado el 28 de octubre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102494352009000900007&lng=es&tlng=es.

Mönckeberg B, Fernando, & Muzzo B, Santiago. (2015). La desconcertante epidemia de obesidad. *Revista chilena de nutrición*, 42(1), 96-102. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000100013>

Montes O, Nicolás, Millar M, Iván, Provoste L, Rosa, Martínez M, Nicolás, Fernández Z, Débora, Morales I, Gladys, & Valenzuela B, Rodrigo. (2016). Absorción de aceite en alimentos fritos. *Revista chilena de nutrición*, 43(1), 87-91. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182016000100013>

Moreno, D. (2003). Cultura alimentaria. *Revista salud pública y nutrición*. <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2003/spn033g.pdf>

Moreno, G. M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.

NIH. (2015). Que es el cáncer. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU, Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>

Nunes dos Santos, Cristiane. (2007). Somos lo que comemos: identidad cultural y hábitos alimenticios. *Estudios y perspectivas en turismo*, 16(2), 234-242. Recuperado el 04 de agosto de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17322007000200006&lng=es&tlng=es.

OMS. (2016). Diabetes Mellitus. http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/

Oriondo Gates, Rosa Lorenza, Bernui Leo, Ivonne, Valdivieso Izquierdo, Lázaro Rubén, & Estrada Menacho, Enriqueta. (2013). Relación entre colesterol dietario, consumo de huevo y perfil lipídico en adultos aparentemente sanos, según grupos de edad. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(1), 27-30. Recuperado el 18 de diciembre de 2017, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000100006&lng=es&tlng=es.

Revista mexicana de cardiología (2013). Guía de Tratamiento Farmacológico de Dislipidemias para el primer nivel de atención. 24(3), 103-129. Recuperado el 28 de octubre de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-21982013000300001&lng=es&tlng=es.

Rivera Barragán, María del R. (2006). Hábitos alimentarios en estudiantes de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3) Recuperado el 30 de octubre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300005&lng=es&tlng=es.

- Rodríguez-Espinosa, H, Restrepo-Betancur F, DeossaRestrepo G. (2015). Conocimientos y prácticas sobre alimentación, salud y ejercicio en universitarios de Medellín Colombia. Escuela de nutrición y dietética, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. <http://www.scielo.org.co/pdf/penh/v17n1/v17n1a4.pdf>
- Rodríguez R., Fernando, Palma L., Ximen, Romo B., Ángela, Escobar B., Daniela, Aragón G., Bárbara, Espinoza O., Luis, McMillan L., Norman, & Gálvez C., Jorge. (2013). Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 447-455. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.2.6230>
- Rodríguez Suárez, J., & Agulló Tomás, E. (1999). Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. *Psicothema*, 11(2). <http://www.redalyc.org/html/727/72711202/>
- Romero, Juan. (2012). Lo rural y la ruralidad en América Latina: categorías conceptuales en debate. *Psicoperspectivas*, 11(1), 8-31. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol11-Issue1-fulltext-176>
- Roselló-Araya, M., Aráuz-Hernández, A. G., Padilla-Vargas, G., & Morice-Trejos, A. (2004). Prevalencia de diabetes mellitus auto-reportada en Costa Rica, 1998. *Acta Médica Costarricense*, 46(4), 190-195.
- Rosique Gracia, C. (2004). Cultura alimentaria en el municipio de Acandí. Universidad de Antioquia Medellín, Colombia. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55703503>
- Sedó Masís, Patricia. (2002). El mercado de los alimentos funcionales y los nuevos retos para la educación alimentaria - nutricional. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 11(20),

18-25. Retrieved August 04, 2017, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140914292002000100004&lng=en&tlng=es.

Solís, E- Gómez, G. (2007). Implicaciones metabólicas del consumo de fructosa. Escuela de nutrición, Departamento de Bioquímica, Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica. <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v49n4/3543.pdf>

Solís, M. (2013). CCSS plantea ajustar casado tradicional costarricense para prevenir salud cardiovascular. CCSS. <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-plantea-ajustar-casado-tradicional-costarricense-para-proteger-salud-cardiovascular>

Szalai, A. (1980). The meaning of comparative research on the quality of life. En: A Szalai, & F. M. Andrews (Eds.), *The quality of life. Comparative studies*. London: Sage.

Urrego, T., Vázquez, G. M., & Gómez-Puerta, J. A. (2016). OBESIDAD, ADIPOQUINAS Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 73(1).

Velázquez-Monroy, Óscar, Rosas Peralta, Martín, Lara Esqueda, Agustín, Pastelín Hernández, Gustavo, Sánchez Castillo, Claudia, Attie, Fause, & Tapia Conyer, Roberto. (2003). Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de cardiología de México*, 73(1), 62-77. Recuperado el 31 de octubre de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140599402003000100009&lng=es&tlng=es.

- Vera Rodríguez, José Eduardo, Rojo Pérez, Nereida, & Quiñones Varela, Irene Sofía. (2016). Características sociales y estado de salud de un asentamiento rural. *Humanidades Médicas*, 16(1), 115-129. Recuperado en 25 de noviembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202016000100008&lng=es&tlng=es.
- Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 1(2). <http://www.redalyc.org/html/679/67910202/>

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles

HTA: Hipertensión arterial

DM II: Diabetes mellitus tipo II

ANEXOS

Anexo 1. Técnica de grupo focal para la fase cualitativa

Instrucciones.

- ❖ Contestar de manera precisa lo que el encuestador pregunta, si desea hacer un aporte que se relaciona de manera indirecta con los tópicos establecidos lo podrá hacer.
- ❖ El encuestador anotará cualquier observación que crea importante para el desarrollo de la investigación.

Tabla N° 1, tópicos para cultura alimentaria en la población de San Antonio abajo, Puriscal, 2017

| Tópicos. | Observaciones. |
|---|-----------------------|
| 1- ¿Qué alimentos se consumían con regularidad en la región, que ahora ya no se consuman con la misma frecuencia? | |
| 2- ¿Por qué razón la población se alimentaba así? | |
| 3- ¿Cuáles alimentos son hoy en día productos propios/autóctonos de la región? | |
| 4- ¿Cuáles eran las enfermedades que se presentaban con mayor frecuencia en la comunidad? | |
| 5- ¿En el pasado se utilizaba algún método de conservación para los alimentos locales? | |

| | |
|---|--|
| 6- ¿Cuáles son los métodos de preparación que se utilizan en los alimentos? | |
|---|--|

Fuente: elaboración propia.

Anexo 2. Encuesta estructurada para la fase cuantitativa



Escuela de Nutrición.

Encuestas cultura alimentaria, Puriscal

Responsable: Natalia Soto Villalobos

Parte I: Instrumento para la recolección de información sociodemográfica.

1. N.º de identificación del entrevistado:

Fecha:

2. Edad: _____ años cumplidos

3. Sexo: () Femenino () Masculino

4. Lugar de procedencia: _____

5. Nombre del lugar donde vive actualmente: _____

6. Actualmente ¿cuál es su ocupación? _____

7. ¿Qué escolaridad tiene?

a) No fue a la escuela ()

b) Primaria ()

c) Secundaria ()

d) Técnico, bachillerato o equivalente ()

e) Licenciatura ()

f) Postgrado ()

Parte II: Prevalencia de enfermedades crónicas.

| | |
|---|----------------------|
| <p>Le voy a nombrar una serie de enfermedades para que me diga si las padece o no.</p> <p>Diabetes Sí_____ No_____</p> <p>Presión alta Sí_____ No_____</p> <p>Niveles altos de grasas en sangre, como el colesterol Sí_____ No_____</p> <p>Cáncer Sí_____ No_____</p> <p>Obesidad Sí_____ No_____</p> <p>Otras (especificar)</p> | <p>Observaciones</p> |
|---|----------------------|

¿Desde hace cuánto padece la enfermedad? ____ Años

¿Tiene diagnóstico médico? Sí ____ No____

¿Qué tratamiento sigue?

¿Consume algún alimento propio de la zona para tratar su enfermedad? Sí____ No____

¿Cuál es?

Parte III: Cultura alimentaria.

| Para cada alimento, marque el recuadro que indique la frecuencia en que los alimentos tradicionales se consumían en la comunidad. | Frecuencia de consumo. | | | |
|---|------------------------------|---|---|--|
| | Nunca (0 veces al mes) | Casi nunca (1-3 veces al mes) | Algunas veces a la semana (1 o 2 veces a la semana) | Todos los días o casi todos los días. (5-7 veces a la semana) |
| Lácteos. | | | | |
| Leche agría con sal | | | | |
| Leche de vaca sin pasteurizar al pie de la vaca | | | | |
| Frutas. | | | | |
| Carambola | | | | |
| Guayaba | | | | |
| Manzana rosa | | | | |
| Manzana de agua | | | | |
| Nísperos | | | | |
| Mango | | | | |
| Naranja | | | | |
| Jocotes | | | | |
| Limón mandarina | | | | |
| Banano | | | | |
| Naranja agría | | | | |
| Toronja | | | | |
| Otros (especificar) | | | | |
| Verduras no harinosas y hortalizas. | | | | |
| Zorrillo | | | | |
| Chicasquil | | | | |
| Ayote tierno | | | | |
| Otros (especificar) | | | | |
| Leguminosas y harinas. | | | | |
| Tiquisque | | | | |
| Tacaco | | | | |
| Ñampí | | | | |
| Maíz | | | | |
| Frijoles rojos | | | | |
| Frijoles negros | | | | |
| Otros (especificar) | | | | |
| Carnes. | | | | |
| Huevos de gallina caseros | | | | |
| Queso casero | | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|
| Carne de gallina | | | | |
| Patas de gallina | | | | |
| Cabeza de gallina | | | | |
| Vísceras | | | | |
| Carne de pollo | | | | |
| Pellejo de cerdo | | | | |
| Chicharrones | | | | |
| Chorizo | | | | |
| Otros (especificar) | | | | |
| Aceites y grasas. | | | | |
| Manteca de cerdo | | | | |
| Manteca vegetal | | | | |
| Semillas de marañón caseras | | | | |
| Semillas de guaba de caite | | | | |
| Otros (especificar) | | | | |
| Azúcares y postres. | | | | |
| Agua de sapo | | | | |
| Melcocha | | | | |
| Tapa de dulce | | | | |
| Caña de azúcar | | | | |
| Otros (especificar) | | | | |
| | | | | |

- Para cada producto mencionado en la columna de alimentos, indique que método o métodos de preparación se utilizan con mayor frecuencia para la cocción de los mismos.
- la columna de observaciones, será para que la investigadora anote aspectos que le parezcan relevantes para el estudio.

Parte IV: Encuesta alimentaria de métodos de preparación.

| Alimento | Métodos de preparación utilizados. | Observaciones |
|-------------------|------------------------------------|---------------|
| Carne de gallina | | |
| Huevos de gallina | | |

| | | |
|----------------|--|--|
| | | |
| Carne de pollo | | |
| Tiquisque | | |

Anexo 3. Transcripción del grupo focal

Transcripción del grupo focal acerca de alimentos tradicionales de la zona de San Antonio Abajo, Puriscal, por ejemplo: frutas, vegetales, carnes y otros.

Fecha: 22/8/2017

Hora de inicio: 1: 30 pm

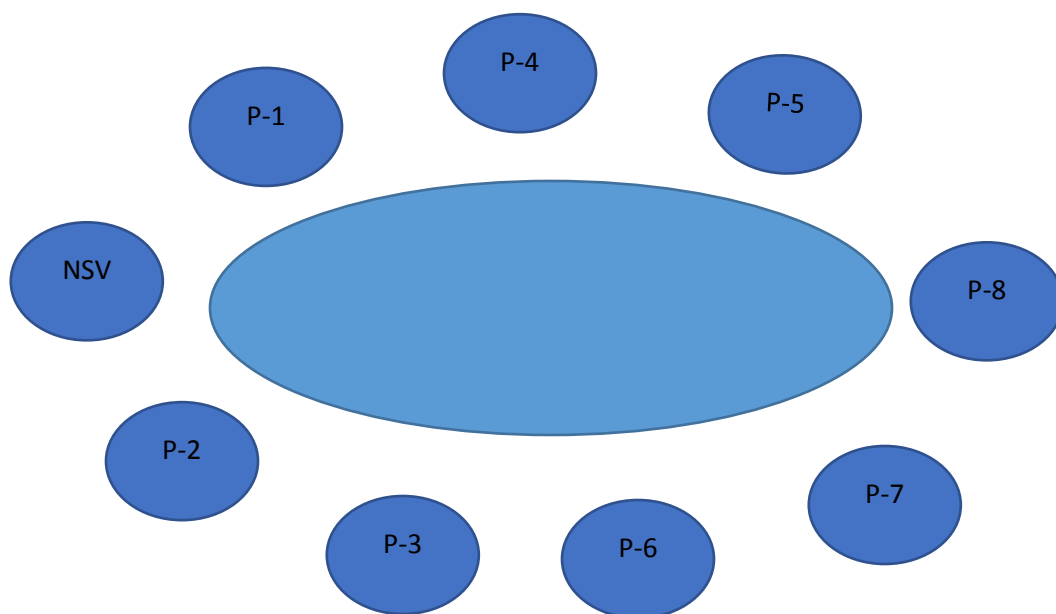
Hora de finalización: 3:15 pm

Lugar: Puriscal

Antes de empezar con la aplicación del instrumento del grupo focal, se les explicó en qué consistía la actividad y se les dieron las siguientes indicaciones:

NSV: Buenas tardes mi nombre es Natalia Soto Villalobos y soy estudiante de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana. En esta ocasión les agradezco su presencia para hablar sobre preparaciones de alimentos que eran muy utilizados por los primeros pobladores de esta zona, digamos sus padres o abuelos, debido a que se quiere resaltar la importancia que tuvieron en el desarrollo de esta comunidad. Entonces, quería saber si me permiten grabar esta reunión para después revisarla con ustedes en otra oportunidad.

PARTICIPANTES: Los 8 participantes aceptaron los términos de forma unánime y se procedió a empezar con la entrevista.



NSV: ¿Cuáles eran los alimentos que se consumían con regularidad en la comunidad y que ya no se consumen con la misma frecuencia?

P-1: En mi caso solo consumíamos leche agría y ahora es algo que ya no consumimos con la misma regularidad, porque ahora existe el yogurt y es lo que consumimos más.

P-2: En mi caso el yogurt era algo que ni se veía en la casa y no todo mundo en el pueblo lo consumía, por eso la leche agría con sal era lo que en mi familia y casi todas las familias de por acá se consumía diario.

P-1: (levantando la mano, para pedir la palabra), en mi familia también se consumía mucho la leche de vaca sin pasteurizar y a diferencia de ahora si la pasteurizan.

PAUSA GRUPAL: hacen silencio mientras aprovecho para hacer anotaciones que me parecieron importantes.

P-3: En mi familia el tiquisque y el ñampí eran los vegetales que más consumíamos y ahorita los seguimos consumiendo, pero ya menos, porque fueron sustituidos por la papa y la yuca.

P-4: En mi casa el consumo del tiquisque y ñampí también ha disminuido mucho, porque ya la forma de alimentarnos es más moderna y lo que consumimos es arroz, que es algo que en el pasado no consumíamos tanto.

PAUSA GRUPAL: El grupo hace silencio y por medio de señas les indico que prosigan.

P-5: Cuando yo era un niño, en mi casa lo que nunca podía faltar eran los frijoles y los que consumíamos eran los que se sembraban en la zona, nosotros mismos íbamos y los recolectábamos, aporreábamos y los utilizábamos para consumirlos.

P-6: (levantando la voz): El consumo de frijoles antes, no es como ahora, en donde usted solo va a una pulpería y compra la bolsa de frijoles, en nuestra época si queríamos comer frijoles, éramos nosotros mismos quienes teníamos que sembrarlos.

P-1: Otros productos que recuerdo consumir mucho en la infancia eran el zorrillo y el chिकासquil, pero no era algo que consumíamos siempre, era solo los domingos o en actividades de la familia, la plata no daba para poder consumirlo siempre.

NSV: yo no sabía mucho de estos alimentos, por lo tanto, pregunté que eran.

P-7: Ambos son productos muy conocidos por todos los que nos hemos criado aquí, pero la gente de San José no los conoce tanto, ambos son como un tipillo de hojas que están ahí en los árboles, pero ahorita casi ni los consumimos.

P-8: Si usted antes consumía zorrillo o chicasquil, ya uno sabía que era papudo o que la familia lo era, porque era carísimo y di no todos teníamos el chance de consumirlo.

P-2: Por ejemplo, en mi casa eso del zorrillo o el chicasquil casi no se consumía, pero mi mamá hací a cada rato el ayote tierno en picadillos.

PAUSA GRUPAL: El grupo hizo silencio y de nuevo por medio de señas, traté de que prosiguieran mencionando productos.

P-3: cuando uno estaba chiquillo las frutas las consumíamos a cada rato.

P-1: Yo lo que más comía era la naranja agria, el limón y el banano.

P-2: (Levantando la mano) en mi casa, mis hermanillos y yo consumíamos mucha guayaba, manzana de agua, manzana rosa.

P-1:(Interrumpiendo) espere un momento y perdón por interrumpir, pero me parece demasiado importante mencionar una fruta, que yo hasta me montaba en los árboles para cogerla, ayy suave suave, se me olvidó el nombre, hubo silencio durante un lapso de 7 segundos hasta que la participante dijo: cas, el cas era mi delirio y si tenía que pasar trepada en los árboles lo hacía.

P-3: Uy lo que nosotros consumíamos a montones eran los jocotes, solo que ahorita ya no es tan fácil comerlos, porque di nosotros antes íbamos y nos montábamos a un árbol, ahora hay que esperar a que salga la temporada de los benditos jocotes, lo mismo pasó con el mango, antes mis hermanos y yo solo teníamos que buscar un arbolillo con mangos que había a montones, ahora ya hay que esperar a que salgan en el supermercado.

P-1: Uyy la carambola también abundaba en la zona y en los árboles, entonces usted antes veía al reguero de mocosos subidos, apeando carambolas y las hacíamos en frescos.

PAUSA GRUPAL: El grupo permanece en silencio, se miran entre ellos, mientras yo tomo notas y de nuevo por medio de señas, les pido que prosigan.

P-1: Ya si hablamos de carnes, lo que más se consumía en esos tiempos era el pollo y a diferencia de ahora, el chicharrón solo se producía, pero para la venta, por lo que no era algo que consumiéramos tanto.

P-2: la gallina también la consumíamos mucho, usted de la gallina se podía comer todo, desde el pescuezo hasta los menudos, uno en aquella pobreza en la que vivía no podía desperdiciar nada.

P-5: (Bromeando) eso es cierto, nosotros ni las tripas tirábamos.

P-7: (Angustiado) en mi caso yo nunca me comí las tripas, guácala.

PAUSA GRUPAL: hicieron silencio mientras yo tomaba apuntes y por medio de gesticulación les pedí que continuaran.

P-2: Al menos en mi casa, el chorizo era lo consumíamos casi que a diario.

P-3: Mi mamá lo que más nos daba era huevo casero y queso casero, por ejemplo, yo recuerdo a mi mamá ir donde la vecina y ahí mismo era donde le hacían el queso.

P-2: (asintiendo con la cabeza), sí es cierto, en aquellos tiempos, así era como hacían el queso.

P-6: Y digamos lo que uno recuerda que las mamás utilizaban para cocinar todo eso era la manteca vegetal y a veces también la manteca de cerdo.

P-1: Es que diay, la manteca era lo que uno encontraba por todo lado; por ejemplo, uno recuerda que cuando mataban un chanco, las mamás lo mandaban a uno con un vaso a traer la manteca.

PAUSA GRUPAL: El grupo hizo silencio y por medio de gesticulación les indiqué que me mencionaran otras grasas, como por ejemplo semillas.

P-5: Vieras que nosotros lo que comíamos a cada rato eran las semillas de marañón.

P-6: (Interrumpiendo), uno lo que hacía era consumir el marañón, entonces quedaba la semilla y la poníamos en el fogón.

P-5: (asintiendo con la cabeza), es cierto eso, es que no es como las semillas de marañón que se consumen ahora, antes era más caserito.

PAUSA GRUPAL: Los participantes se observan entre ellos y me observan a mí y en voz baja les digo que ahora hablen un poco de los azúcares.

P-8: Di el agua de sapo no podía faltar.

NSV: Pregunto qué es el agua de sapo.

P-8: Es un tipo de fresco que a uno le hacían de carajillo, después de jugar y estaba cargado de azúcar, mami lo hacía con tapa dulce y limón mandarina.

P-7: (Bromeando y dirigiéndose a mí): Usted va a tener que probar todos esos productos que no conoce, para que conozca lo que es bueno.

NSV: Jajaja, está bien.

P-1: Di sí como lo dijo él, era solo la tapa de dulce con limón mandarina o también podía ser con la naranja agria.

P-2: (bromea) Ya algo como el azúcar solo se les servía a las visitas, a uno era lo que cayera.

P-4: La melcocha era algo que yo consumía mucho y era fácil, porque uno iba al trapiche y ahí le daban un montón.

PAUSA GRUPAL: El grupo guarda silencio, mientras anoto y por medio de señas les indico que vamos a pasar a la siguiente pregunta.

NSV: ¿Por qué razón la población se alimentaba así?

P-1: Creo que se debía a la pobreza y puede ser que la costumbre también tuviera que ver algo.

P-2: (Interrumpiendo) yo creo que la razón era que la comunidad consumía principalmente lo que se cosechaba en la zona, por lo para nadie era necesario ir a comprarlo.

P-3: la verdad es que la comunidad se alimentaba así por salud, ya que antes no consumíamos tanta comida chatarra como ahora.

P-2: (negando con la cabeza) Eso no es cierto, ya que no era que antes consumiéramos menos que ahora, antes más bien era algo que ni siquiera existía, uno recuerda que de chiquillo, nunca lo llevaban a comer a esos lugares de comida rápida que ahora hay por todo lado,

PAUSA GRUPAL: (hubo bromas entre P-1, P-2, P-3 y mi persona sobre la comida chatarra), mientras el resto del grupo se mantuvo en silencio, una vez finalizado el momento de bromas, les indiqué que íbamos a pasar a la tercer pregunta.

NSV: ¿Cuáles alimentos consideran autóctonos o propios de la zona?

P-1: En mi casa lo que más consumíamos eran las semillas de marañón caseras, los frijoles negros y el ayote tierno.

P-2: Bueno en mi caso considero que el elote también es un producto autóctono.

P-4: (interrumpiendo), bueno creo que no es el elote en sí, más bien es el maíz, el zorrillo y el chicasquil también son productos propios de acá.

NSV: ¿El resto del grupo está de acuerdo con las respuestas? A lo que, asintiendo con la cabeza, dijeron que sí.

PAUSA GRUPAL: El grupo hizo silencio y como fue la constante por medio de señas, les avisé, que seguíamos con la siguiente pregunta.

NSV: ¿Cuáles eran las enfermedades que se presentaban con mayor frecuencia en la comunidad?

P- 5: La anemia se daba mucho y también la gastritis, digamos nosotros pensábamos que cuando alguien tenía gastritis era porque tenía hepatitis.

P-7: Yo lo que veía a cada rato era gente con diarrea, pero uno no le llamaba diarrea, sino colerín, solo los que jugaban de finos eran los que le decían diarrea (risas).

P-8: Antes uno padecía mucho de la famosa pega, y cuando uno tenía pega le decían que, si andaba aventada o pegada, pero en realidad era que uno tenía ganas de vomitar o un pedillo mal atravesado (risas).

PAUSA GRUPAL: hice apuntes de conceptos que me parecieron importantes y les indiqué en voz baja que ya iba a proseguir con la siguiente pregunta.

NSV: ¿En el pasado se utilizaba algún método de conservación para los alimentos locales?

P-6: Mi mamá lo que hacía era salar las carnes con ajo, digamos mami ponía la carne en una palangana con agua, le echaba sal y los ajos y era como conservaba.

P-4: En mi casa se daba más el ahumado, entonces lo que hacíamos era que poníamos la carne en un humero y ahí les pegaba el humo y se conservaban.

P-3: Uno chiquillo lo que veía a cada rato eran las conservas de toronja o mango, solo les poníamos azúcar y astillas de canela y vámonos (risas).

P-7: Nada de eso se da ahora, ahora uno está más moderno (risas).

PAUSA GRUPAL: El grupo hizo silencio, mientras yo realizaba anotaciones, hubo miradas entre ellos y hacía mí, como esperando indicaciones y por medio de señas les indiqué que íbamos con la última pregunta.

NSV: ¿Cuáles son los métodos de preparación que se utilizan en los alimentos?

P-1: Diay la verdad en mi casa solo se utilizaba la fritura, de vez en cuando se hacían cosillas al vapor o hervidas y muy de vez en cuando si había alguna fiesta se hacían cosas a la plancha.

PAUSA GRUPAL: Los 8 participantes asintieron con la cabeza.

NSV: Están seguros que solo esos son los métodos de preparación que usaban?

P-: SI, todo eso se daba, porque di eran las costumbres que nuestros tatas, adoptaron de los antepasados.

PAUSA GRUPAL: Tomo los últimos apuntes, mientras el grupo me observa.

NSV: Agradezco a cada uno de ustedes por la colaboración brindada, a lo cual de manera muy amable cada uno de ellos me respondieron: con mucho gusto y que Dios la bendiga, con esto se da por terminado el grupo focal.

Anexo 4. Instrumentos para la recolección de datos



Escuela de Nutrición.

Encuestas cultura alimentaria, Puriscal

Responsable: Natalia Soto Villalobos

Parte I: Instrumento para la recolección de información sociodemográfica.

1. N.º de identificación del entrevistado:

Fecha:

2. Edad: _____ años cumplidos

3. Sexo: () Femenino () Masculino

4. Lugar de procedencia: _____

5. Nombre del lugar donde vive actualmente: _____

6. Actualmente ¿cuál es su ocupación? _____

7. ¿Qué escolaridad tiene?

a) No fue a la escuela ()

b) Primaria ()

c) Secundaria ()

d) Técnico, Bachillerato o equivalente ()

e) Licenciatura ()

f) Postgrado ()

Parte II: Prevalencia de enfermedades crónicas.

| | |
|--|---------------|
| Nº de identificación: | Fecha: |
| <p>Le voy a nombrar una serie de enfermedades para que me diga si las padece o no.</p> <p>Diabetes Sí_____ No_____</p> <p>Presión alta Sí_____ No_____</p> <p>Niveles altos en el perfil lipídico Sí_____ No_____</p> <p>Cáncer Sí_____ No_____</p> <p>Obesidad Sí_____ No_____</p> <p>Otras (especificar)</p> | Observaciones |

¿Desde hace cuánto padece la enfermedad? ____ Años

¿Tiene diagnóstico médico? Sí_____ No_____

¿Qué tratamiento sigue?

¿Consumo algún alimento propio de la zona para tratar su enfermedad? Sí_____ No_____

¿Cuál es?

Parte III: Cultura alimentaria.

| | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|---|
| Para cada alimento, marque el recuadro que indique la frecuencia en que los alimentos tradicionales se consumían en la comunidad. | Frecuencia de consumo. | | | |
| | Nunca o casi nunca (0 veces al mes) | Algunas veces al mes (1-3 veces al mes) | Algunas veces a la semana (1-2 veces a la semana) | Todos los días o casi todos los días. (5-7 veces a la semana) |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | | | | |
| Lácteos. | | | | |
| Leche agria con sal | | | | |
| Leche de vaca sin pasteurizar al pie de la vaca | | | | |
| Frutas. | | | | |
| Carambola | | | | |
| Guayaba | | | | |
| Manzana rosa | | | | |
| Manzana de agua | | | | |
| Nísperos | | | | |
| Mango | | | | |
| Naranja | | | | |
| Jocotes | | | | |
| Limón mandarina | | | | |
| Banano | | | | |
| Naranja agria | | | | |
| Toronja | | | | |
| Otros (especificar) | | | | |
| Verduras no harinosas y hortalizas. | | | | |
| Zorrillo | | | | |
| Chicasquil | | | | |
| Ayote tierno | | | | |
| Otros (especificar) | | | | |
| Leguminosas y harinas. | | | | |
| Tiquisque | | | | |
| Tacaco | | | | |
| Ñampí | | | | |
| Maíz | | | | |
| Frijoles rojos | | | | |
| Frijoles negros | | | | |
| Otros (especificar) | | | | |
| Carnes. | | | | |
| Huevos de gallina caseros | | | | |
| Queso casero | | | | |
| Carne de gallina | | | | |
| Patas de gallina | | | | |
| Cabeza de gallina | | | | |
| Vísceras | | | | |
| Carne de pollo | | | | |
| Pellejo de cerdo | | | | |
| Chicharrones | | | | |
| Chorizo | | | | |
| Otros (especificar) | | | | |
| Aceites y grasas. | | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|
| Manteca de cerdo | | | | |
| Manteca vegetal | | | | |
| Semillas de marañón caseras | | | | |
| Semillas de guaba de caite | | | | |
| Otros (especificar) | | | | |
| Azúcares y postres. | | | | |
| Agua de sapo | | | | |
| Melcocha | | | | |
| Tapa de dulce | | | | |
| Caña de azúcar | | | | |
| Otros (especificar) | | | | |

Parte IV: Encuesta alimentaria de métodos de preparación.

| Para cada alimento, marque el recuadro que indique el método de cocción que se utiliza de mayor forma para preparar los alimentos tradicionales de la comunidad. | Frecuencia de consumo. | | | |
|--|------------------------|---------|----------|--------------|
| | Fritura | Hervido | Al vapor | A la plancha |
| Verduras no harinosas y hortalizas. | | | | |
| Zorrillo | | | | |
| Chicasquil | | | | |
| Ayote tierno | | | | |
| Leguminosas y harinas. | | | | |
| Tiquisque | | | | |
| Tacaco | | | | |
| Ñampí | | | | |
| Maíz | | | | |
| Frijoles rojos | | | | |
| Frijoles negros | | | | |
| Carnes. | | | | |
| Huevos de gallina caseros | | | | |
| Queso casero | | | | |
| Carne de gallina | | | | |
| Patas de gallina | | | | |
| Cabeza de gallina | | | | |
| Vísceras | | | | |
| Carne de pollo | | | | |
| Pellejo de cerdo | | | | |
| Chicharrones | | | | |
| Chorizo | | | | |

- 1- ¿Existe algún otro método de preparación que no haya sido mencionado en el recuadro anterior? Sí____ No____

- 2- Si su respuesta a la pregunta anterior fue sí, indique qué otro método de preparación se utiliza con regularidad para la cocción de los alimentos tradicionales de la comunidad.

DECLARACIÓN JURADA

Yo Natalia Vanessa Soto Villalobos, cedula de identidad número: 114820627, en condición de egresado de la carrera de Nutrición, de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de licenciatura titulado “ Relación de los métodos de preparación y consumo de productos autóctonos con la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos rurales de Puriscal, 2017” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las leyes penales, así como la ley de derechos de autor y derecho conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982, especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece “ Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el 20/12/18

Natalia Soto V.

CARTA DEL TUTOR

Lunes 19 de febrero de 2018

Sres.
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana

Estimado señores:

La estudiante Natalia Vanessa Soto Villalobos, cédula de identidad número 114820627, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de Tesis "Relación de los métodos de preparación y consumo de productos autóctonos y tradicionales con la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos rurales de Puriscal, 2017", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura.


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

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

| | | | |
|----|---|-----|----|
| a) | ORIGINAL DEL TEMA | 10% | 10 |
| b) | CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES | 20% | 20 |
| c) | COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION | 30% | 25 |
| d) | RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 20% | 18 |
| e) | CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO | 20% | 18 |
| | TOTAL | | 91 |

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

Atentamente,


Dr. Francisco Sanchez Montero, Ph.D
Nutricionista CPN-547-10
Tutor

San José, 4 de abril de 2018

Señores
Comisión de Revisión de Tesis
Universidad Hispanoamericana
S.D.

Estimados Señores:

Por este medio hago constar, en mi calidad de lector de la carrera de Nutrición, que he revisado en forma detallada el documento bajo el formato Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición de la estudiante **Natalia Soto Villalobos**, cédula de identidad 1 1482 0627, titulado "RELACIÓN DE LOS MÉTODOS DE PREPARACIÓN Y CONSUMO DE PRODUCTOS AUTÓCTONOS y TRADICIONALES CON LA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS RURALES DE PURISCAL, 2017".

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

Atentamente



Lector
Dr. Víctor Rodríguez Arias
Nutricionista

San José, 17 de abril, 2018.

Señores

Comisión de Revisión de Tesis

Universidad Hispanoamericana

S.D.

Por este medio hago constar, en mi calidad de filóloga, que he revisado a cabalidad los aspectos de redacción y ortografía de la tesis, para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición de la estudiante **Natalia Soto Villalobos**, cédula de identidad 1 1482 0627, titulada: RELACIÓN DE LOS MÉTODOS DE PREPARACIÓN Y CONSUMO DE PRODUCTOS AUTÓCTONOS Y TRADICIONALES CON LA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS RURALES DE PURISCAL, 2017.

Agradezco de antemano, la atención a la presente.

Atentamente,



LICDA. MARITZA MARÍA CHAVES SOMARRIBAS

CÉDULA 1 0403 0672

CARNÉ COLYPRO 11006

(Colegio de Licenciados y Profesores en Letras, Filosofía, Ciencias y Arte)